

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N° 069

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité : MEDECINE GENERALE

Par

Amélie LANCIEN

Née le 23/11/1984 à Quimperlé

Présentée et soutenue publiquement le 10 juillet 2014

**LOGIQUES DE CHOIX ET DYNAMIQUES SOCIALES ET FAMILIALES
D'UN ALLAITEMENT MATERNEL LONG
- ENQUETE PAR ENTRETIENS AUPRES DE 22 MERES ALLAITANT
DEPUIS PLUS DE 6 MOIS –**

Présidente : Madame le Professeur BONNAUD-ANTIGNAC Angélique

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur CANEVET Jean-Paul

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Remerciements

Je souhaite remercier mon directeur de thèse, le Docteur Jean-Paul Canevet, médecin généraliste et maître de conférences de médecine générale, pour avoir accepté de diriger ce travail, pour toute votre disponibilité, votre écoute, nos échanges enrichissants et vos conseils avisés.

Je remercie la présidente du jury, le Professeur Angélique Bonnaud-Antignac, professeur de psychologie médicale et de la santé et les membres du jury le Docteur Jacqueline Lacaille médecin généraliste et professeur de médecine générale, le Docteur Stéphane Ploteau, gynécologue-obstétricien et maître de conférence universitaire, pour l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect.

Un grand merci à toutes les mères qui ont accepté de participer avec enthousiasme à cette étude en offrant de leur temps et partagé leur histoire avec moi, je ressors enrichie de toutes ces belles rencontres ! Soyez assurés de toute ma gratitude.

Merci également aux Docteurs Marie Lemort, le Docteur Michelle Labbé et le Docteur Philippe Delorme qui m'ont ouvert les portes de leurs cabinets et accompagnée avec bienveillance dans ma formation de médecin généraliste. Merci aussi au Docteur François Gassin, pédiatre qui m'a aidée pour rencontrer ces mères et aux services de PMI de Nantes pour avoir contribué à ce travail.

J'adresse d'immenses remerciements à mes parents et à mon frère Jean-Marie. Merci à tous les trois pour votre amour et votre soutien pendant ces années d'études. Papa tu m'as transmis ta passion et je ne regrette pas du tout cette voie. J'espère suivre ton chemin et avoir ta compétence, ton émerveillement de la vie et ton regard bienveillant et respectueux envers les patients. Maman pour toute ta tendresse, ton soutien précieux et tes encouragements, et toi Jean-Marie, qui m'accompagne également dans tous mes projets et en réalise de magnifiques, continue à vivre avec cette envie voyageuse, tu nous fais toujours rêver. On va enfin fêter ça !

A Papi, tu aurais tant aimé voir ce travail et partager cela avec nous. Tu étais un papi formidable qui m'a toujours encouragée. Tu seras toujours présent dans notre cœur.

A toi Emmanuel, mon petit chef 5 étoiles, pour ton amour, ta patience et ton aide tout au long de mon travail, tes relectures attentives, tes cours Excel... Merci pour tous les beaux moments que nous partageons au quotidien, et pour tous ceux à venir avec de belles surprises !

A mes amis Anne-Cécile, Anne-Lise, Sabrina, Gaëlle, Anne-Sophie, Stéphane, Damien, Julie, Pauline, Lucie, Camille, Anna, Isabelle, Ibou, Basile, Aldo et Ivan... avec toute mon affection.

Préambule	7
1. Historique de l'allaitement	7
2. Panorama de l'allaitement maternel prolongé en chiffres	16
Abréviations	24
Introduction	25
2 Méthode	27
2.1 Type d'étude	27
2.2 Objectifs	27
2.3 Choix de la méthode	27
2.4 Population étudiée	28
2.4.1 Critères d'inclusion	28
2.4.2 Critère de non-inclusion	28
2.4.3 Echantillon	28
2.5 Déroulement de l'étude	28
2.5.1 Recrutement des mères	28
2.5.2 Prise de rendez-vous et présentation du sujet	29
2.5.3 Guide d'entretien	29
2.5.4 Réalisation des entretiens	30
2.6 Analyse des résultats	32
3. Résultats	34
3.1 Echantillon étudié	34
3.1.1 Age maternel	34
3.1.2 Lieu de résidence	34
3.1.3 Catégories Socio Professionnelles	34
3.1.4 Nombre de grossesses et sexe des enfants	35
3.1.5 Durées d'allaitement	36
3.1.6 Situations particulières	37
3.1.7 Type d'allaitement	37
3.2 Les entretiens	37
3.2.1 Temporalité	37
3.2.2 Lieu	37
3.2.3 Evocation spontanée initiale	38
4. Analyse thématique transversale	39
4.1 PROFIL 1 : l'allaitement « relationnel »	40
4.1.1 Rupture avec le mode éducatif reçu	40
4.1.2 Contre-pied du schéma familial	40
4.1.3 Résistance envers la famille et les traditions	40
4.1.4 Nouvelles parentalités, nouveaux modes de maternage	42
4.1.5 Contre-pied d'un modèle sociétal prônant la séparation	44
4.1.6 Opposition aux normes et aux injonctions de la société	45
4.1.7 Réparation d'un manque issu de l'histoire familiale ou d'un traumatisme de l'accouchement	46
4.1.8 Revendication de leur identité de mère	48
4.1.9 Allaitement dissimulé	49
4.2 PROFIL 2 : L'allaitement « naturel »	50
4.2.1 L'allaitement dans un mode de vie « naturel »	50
4.2.2 Pas un choix mais une évidence pour la santé	50
4.2.3 Une affirmation contre l'industrie alimentaire et les laboratoires pharmaceutiques	51
4.2.4 Les médecines et éducations alternatives	53

4.2.5 Quelle transmission maternelle de l'allaitement pour ces mamans ?	55
4.3 PROFIL 3 : L'allaitement « logique »	56
4.3.1 Un acte logique	56
4.3.2 Un acte nourricier	56
4.3.3 Un acte instinctif	57
4.3.4 Un acte parfois anxiogène	58
4.3.5 Une problématique technique : un acte facile et pratique	58
4.3.6 Une évidence pour la santé	59
4.3.7 Une gêne par rapport au regard extérieur	59
4.3.8 La transmission familiale: hérédité de l'allaitement dans cette démarche «logique» ?	59
4.4 Caractéristiques non spécifiques aux différents profils	61
4.4.1 Les difficultés du sevrage	61
a) Qui décide du sevrage ?	61
b) L'impossible sevrage ?	64
c) Quelle place a le père dans cet allaitement ?	65
4.4.2 Projet d'allaitement qui évolue avec le temps	67
4.4.3 Besoin d'allaitement pour la relation mère/enfant	68
a) Prolongation de la symbiose de la période utérine	69
b) Prolongation du lien	69
4.4.4 Crainte de la sexualisation de l'allaitement et d'une forme incestueuse de la relation mère/enfant	70
4.4.5 Modalité anti-dépressive de l'allaitement long	71
4.4.6 Besoin de communautés numériques et associatives	71
a) Leche League	71
b) Communautés numériques, forums	72
4.4.7 Revendications par rapport au milieu médical	72
a) Mauvais conseiller	72
b) Trop pro-allaitement	72
c) Manque d'information et de compétence du corps médical	73
d) Des mères très informées	73
e) Corps médical dans le soutien à l'allaitement	73
4.4.8 Difficultés d'acceptation de l'allaitement dans le monde du travail	73
4.4.9 Difficultés physiques	74
5. Discussion	75
5.1 Validité interne	75
5.1.1 Choix de la méthode : l'échantillon interrogé	75
5.1.2 Limites de la méthode	75
a) Biais de sélection	75
b) Les entretiens	76
c) Difficultés rencontrées	77
5.1.3 Les caractéristiques sociodémographiques	78
5.2 Validité externe	80
5.2.1. L'allaitement : mode de révélation de l'identité maternelle ?	80
a) En rupture avec la génération de leur mère	80
b) Elles s'orientent vers de nouvelles conceptions éducatives	84
c) Rôle des communautés numériques et associatives	93
d) L'allaitement long se cache-t-il de la société ?	98
5.2.2 L'allaitement long : l'impossible sevrage ?	109
a) L'allaitement long est-il l'aboutissement d'un projet par la mère ?	109
b) Modalité défensive de l'allaitement long : entre modalité réparatrice et antidépressive	111
c) Difficultés d'élaboration des processus de séparation	117
d) Déterminants sociaux et familiaux du sevrage	129
5.2.3 La place du médecin généraliste dans l'accompagnement à l'allaitement.	137
a) Connaissances du médecin en allaitement	137
b) Une formation initiale insuffisante	138
c) Comment aborder l'allaitement maternel avec la mère ?	139

d) L'allaitement : porte d'entrée pour l'étude de la dyade mère/bébé	141
e) Quelle est l'attente de ces femmes allaitantes ?	141
f) Méthode de communication : le processus d'empowerment	143
7. Bibliographie	148
8. Annexes	161
8.1 Définitions	161
8.2 Annonce de recrutement des mères	165
8.3 Guide d'entretien	166
8.3 Allaitement maternel et code du travail	168
8.4 Catégories socio-professionnelles des mères	170

Préambule

1. Historique de l'allaitement

L'allaitement maternel prolongé dans l'histoire : une nécessité qui a traversé les millénaires. (35)(140)(141)(143)

L'émergence du modèle de la mère

L'humain n'est pas seulement un humain, il est aussi un primate et à ce titre également un mammifère. Or, cette dernière appartenance démontre l'importance donnée à la capacité des femelles de nourrir leurs petits grâce au lait produit par leurs glandes mammaires, puisqu'elle fonde à elle seule le décret qui fait que certains animaux appartiennent à la même catégorie. Les mammifères n'existent pas dans la nature, ils sont une construction historique et sociale : ils datent du milieu du XVIII^{ème} siècle et sont nés des travaux du naturaliste suédois Carl Von Linné. En effet, il est l'auteur d'une taxinomie, d'abord en botanique puis étendue à la zoologie, dans laquelle tout être vivant trouve sa place dans un genre puis dans une espèce puis Carl Von Linné fit de même avec les minéraux. Bien que fondant ses descriptions sur des caractéristiques arbitraires, les catégories qu'il a créées continuent d'être à la base de la botanique et de la zoologie modernes. Son contemporain français, le Comte de Buffon, naturaliste également, critiqua vivement sa classification des espèces, la jugeant trop systématique et peu fondée scientifiquement. Cependant, la classification établie par Linné s'est imposée dans le milieu scientifique et des catégories, comme celle des mammifères, ont même fini par intégrer le langage courant.

Mais qu'est-ce que l'humain a en commun avec une vache par exemple, à part cette capacité pour un sexe à nourrir ses petits par le lait qu'il produit et encore cela n'est-il valable que pour un sexe ? Même une observation sommaire de ces deux mammifères nous en apprend bien plus sur leurs différences que sur leurs points communs. Pourtant, Linné décida de les nommer des mammifères et de les classer dans la même catégorie. Il fit ainsi primer les ressemblances sur les différences et donna une importance aux glandes mammaires qu'elles n'auraient peut-être pas eues dans un contexte socio-historique différent. Et, si l'on songe que « Linné soulignait l'existence d'une loi naturelle et le manquement à la nature dont se rendrait coupable une femme qui n'allaiterait pas son enfant », la part idéologique de sa classification apparaît alors nettement.

Si même les sciences peuvent ne pas résister à des influences idéologiques, si elles peuvent s'élaborer relativement aux valeurs auxquelles adhèrent ceux qui en sont les artisans, comment ne pas s'interroger sur les influences idéologiques qui ont pu s'exercer sur tout résultat scientifique relatif à l'allaitement maternel ?

Alors il est fondé à se demander comment on en est arrivé, en France notamment, au discours commun actuel sur le nourrissement du jeune enfant, qui se caractérise par la promotion de l'allaitement maternel ? Une démarche rétrospective à partir d'une époque où les habitudes quant au nourrissement du jeune enfant apparaissent particulièrement différentes des nôtres – voire opposées – peut nous aider à mieux comprendre les mécanismes et les raisons qui ont conduit au discours dominant actuel sur cette question.

L'étude de l'évolution des pratiques médicales et populaires concernant l'allaitement maternel nous permet de nous rendre compte que ses représentations actuelles sont

issues d'une longue histoire.

De nos jours, l'allaitement, et en particulier, lorsqu'il se prolonge au-delà de quelques mois, suscite souvent étonnement, curiosité, ou rejet. Or, cela n'a pas toujours été le cas. En effet, jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle, en l'absence d'alternative viable, les enfants étaient, pour la plupart, nourris au sein, et ils l'étaient en général plusieurs années.

Les travaux des sciences sociales, dont les auteurs sont sociologues, historiens, ethnologues et anthropologues, ont permis de repérer les racines des comportements actuels en vigueur autour de l'allaitement maternel et les représentations traditionnelles de la société, et décelables dans les pratiques des professionnels de santé qui n'échappent pas à l'influence du milieu culturel dans lequel ils sont formés.

L'histoire de la maternité dans la société occidentale, et française en particulier, à laquelle sont consacrés les ouvrages d'Yvonne KNIBIEHLER (35)(141), ont éclairé les rapports qu'entretenaient la société et les individus autour de l'allaitement : « rapport de classe entre la mère et la nourrice », « rapport de sexe entre le père et la mère », « rapport de savoir entre la mère et le médecin ».

Car dans toutes les cultures, l'allaitement maternel est réglementé par des normes sociales, des interdits, des tabous dont la connaissance donne sens aux pratiques actuelles. Il ne s'agit pas de rendre compte de toute l'évolution des pratiques sur la question de l'alimentation du jeune enfant, mais de produire une interprétation partielle du cheminement d'un certain nombre de questions qui interrogent sur le statut du lait, les enjeux dont il est le support et les représentations qui lui sont sous-jacentes.

En France, dès le Moyen Âge, la fonction maternelle a été partagée entre deux femmes : la nourrice et la mère. Cependant, jusqu'au début du XX^e siècle, seul l'allaitement maternel assurait la survie des enfants, et la mise en nourrice des nourrissons ne concernait qu'une faible partie de la population.

L'arrivée du biberon, à la fin du XIX^e siècle, va faire chuter la place de l'allaitement maternel et l'instance médicale va s'investir d'une mission de transmission du « savoir allaiter » qui va provoquer, à son insu, un fait nouveau durant la seconde moitié du XX^e siècle : l'échec massif de l'allaitement alors même qu'il a été choisi par la jeune mère.

Dans les temps préhistoriques, avant l'apparition de l'élevage, le lait de femme était la seule chance de survie du petit humain. Des analyses réalisées sur des ossements de cette époque ont permis d'estimer que la durée d'allaitement moyenne était alors comprise entre 2 et 3 ans, pour un âge de la puberté et une espérance de vie bien moindre qu'actuellement (Stuart-Macadam, 1995).

Lait de femme : perceptions culturelles, tabous, symboles

Le lait, comme le sang et le sperme, est chargé dans de nombreuses cultures d'une haute valeur symbolique comme le décrivent dans leur ouvrage C. ROLLET et MF MOREL(143). En Occident depuis l'antiquité, on considère selon la Théorie de la déalbation que le lait vient du sang menstruel. Le sang au lieu de s'écouler monte

dans les seins où il est cuit et blanchi. Or le sang menstruel impur est à l'origine de nombreuses croyances. Le colostrum du fait de sa couleur orangée n'est pas pur et même toxique pour le nouveau-né. Car il évoque le sang insuffisamment « cuit » dans l'organisme maternel. C'est pourquoi les premiers jours, ce lait impur n'était pas donné au nouveau-né.

Lait, mères et nourrices : organisation sociale de la maternité

Sous l'Antiquité, dans les empires grecs et romains, mais également, chez les Hébreux, les enfants étaient couramment allaités 2 à 3 ans. Outre sa fonction nourricière, l'allaitement était fortement empreint de symbolisme, puisque l'on considérait alors que les vices et les vertus de la mère pouvaient être transmis via le lait. Le lait maternel, considéré comme le prolongement du sang placentaire, était censé transmettre des qualités maternelles et familiales au nouveau-né.

Seuls les enfants de très hautes conditions ne bénéficiaient pas du lait de leur mère, mais étaient confiés à des nourrices, en général esclaves de leur famille. Dans les milieux plus modestes, si la mère ne pouvait allaiter, elle était le plus souvent suppléée par une femme de son entourage. L'utilisation du lait animal, très meurtrier pour l'enfant, n'intervenait qu'en dernier recours.

Dans les sociétés rurales et artisanales de **l'Antiquité et de l'Ancien Régime**, les paysannes mettaient au monde beaucoup d'enfants, dont une grande partie mourait en bas âge. Elles allaient pendant environ une année, davantage si possible. « Le temps de l'allaitement était aussi celui du « mignotage », relation privilégiée entre la mère et l'enfant, temps de caresse, de tendresse et de cajoleries. Dans les couches sociales supérieures, les dames de qualité allaient rarement et ne « mignotaient » pas toujours, confiant leurs enfants à des domestiques.

Cependant, cela appelle une précision particulièrement importante. La nourrice à domicile est une pratique réservée aux classes sociales les plus élevées, « elle constitue pour ses patrons un signe extérieur de richesse ».

Dans ce cas, la nourrice française n'est pas perçue différemment du bétail (« une nourrice ne doit être considérée que comme une vache laitière »), mais elle bénéficie cependant de certaines attentions, entretenues par la croyance que la contrarier pourrait altérer son lait. Elle est énormément surveillée et contrôlée : « le docteur a palpé ses seins, goûté son lait, flairé son haleine. Les relations sexuelles lui sont sinon interdites (on n'ose pas écarter totalement le mari) du moins fermement déconseillées ».

Entre le XIV^{ème} et le XVI^{ème} siècle, l'allaitement mercenaire devenu une pratique dominante bien réglementée, se répand dans toutes les couches de la société : aristocrates, artisans, commerçants, puis ouvriers et paysans riches. L'ampleur du phénomène est maximale au XVIII^{ème} siècle dans les milieux urbains.

Mais les nourrices ne sont pas seulement les employées de riches bourgeois citadins, elles officient également auprès d'« enfants abandonnés, et pour ceux dont les mères sont obligées de travailler. Les paysannes qui consentent à élever ces petits pauvres vont les chercher en ville dans les hospices ou dans les bureaux spécialisés » pour les garder à leur domicile. Ainsi, celles-ci continuent à échapper à la surveillance et au contrôle auxquels sont soumises celles qui officient au domicile de leurs patrons; le peu d'attention qu'elles portent aux enfants qu'elles gardent

contribue à maintenir dans leurs rangs une forte mortalité infantile, ce qui, conjugué aux discours natalistes engendrés par la défaite de 1870, aboutit à la loi Roussel (1874) qui organise le contrôle des nourrices par des médecins inspecteurs ». (140)(141)(142)(143)

À partir des années 1770, l'influence de Jean-Jacques Rousseau commence à se faire sentir dans la noblesse et la bourgeoisie. Des femmes de ces milieux commencent alors à allaiter elles-mêmes leurs enfants, au lieu de les mettre en nourrice. Cependant, cette "mode", selon l'expression même de ces auteurs, fut de courte durée. Ainsi, au XIX^{ème} siècle, la nourrice reste la règle dans les milieux aisés. Cependant, la seconde moitié de ce siècle voit apparaître la nourrice à demeure, ou « sur lieu », l'objectif affiché étant « de mieux la contrôler ». Ainsi, conformément aux prescriptions rousseauistes, les mères des milieux aisés sont désormais présentes auprès de leurs enfants, même si cette présence ne suppose pas encore l'allaitement.

Séparation mère-enfant

« La conséquence du partage de la fonction maternelle entre la mère et la nourrice, souligne Y. KNIEBIEHLER (35), c'est la séparation : la dame de qualité ne voit son bébé que rarement car les moyens de transport sont lents et inconfortables ; elle ne peut guère développer avec lui de véritables liens d'attachement ».

Au Moyen-âge et sous la Renaissance, les médecins et moralistes recommandaient fortement de nourrir les enfants au lait de femme (de préférence maternel), pour une durée comprise entre 18 mois et 3 ans **(67)**. Suivant les lieux et les époques, plusieurs prétextes venaient alors motivés le sevrage : nouvelle grossesse, autonomisation alimentaire de l'enfant par l'apparition des dents, crainte de l'inceste, séparation symbolique d'avec la mère, marquant une transition vers l'âge adulte. Sans en connaître la raison, certains pressentaient déjà les vertus protectrices du lait maternel, et tous convenaient que ce lait était le mieux à même d'assurer une croissance harmonieuse à l'enfant.

Du XVIII^{ème} siècle à la veille de la première guerre mondiale, toutes les couches de la société urbaine, recoururent à la nourrice. Ainsi, les enfants étaient pour la plupart placés chez une nourrice, qui les nourrissait entre 1 et 3 ans, en fonction des possibilités financières de leurs parents.

Largement répandue à Paris, cette pratique resta globalement minoritaire sur l'ensemble du territoire, puisque dans les campagnes, les mères continuaient naturellement à allaiter leurs enfants (Lett, 2006).

Cette généralisation du placement des nouveau-nés en nourrice ne fut pas sans conséquence, puisqu'elle réduisait sérieusement l'espérance de vie des enfants confiés.

Conséquence des cas extrêmes de négligence chez les nourrissons confiés mais surtout de l'exploitation sordide de l'industrie nourricière et du trafic des nourrissons, la mortalité infantile liée aux maladies et à la malnutrition décimait les enfants. Cette surmortalité trouvait aussi ses origines dans les conditions de vie souvent précaires des nourrices, mais également dans l'introduction prématurée de bouillies dans

l'alimentation des nourrissons placés : une diversification précoce permettait en effet aux nourrices de prendre en charge un plus grand nombre d'enfants.

Les taux sont mal connus « avant l'ère statistique », comme le souligne Y. KNIBIEHLER, mais on estime au XVII^{ème} comme au XVIII^{ème} siècle, qu'à peine 50% des enfants atteignaient l'âge de deux ans et que le taux de mortalité infantile était d'environ 250 pour mille. Le recul de la mortalité a coïncidé ensuite avec une amélioration des conditions d'existence, et l'excessive mortalité des enfants confiés en nourrice a conduit à des lois de protection infantile : Loi Roussel adoptée en 1874. Avant le XX^{ème} siècle, les familles connaissaient une mort omniprésente l'enfantement était périlleux et la mortalité infantile, un fléau. La vie était aléatoire. En effet les maladies et la malnutrition ne décimaient pas que les enfants. Les adultes étaient aussi des victimes précoces. La mortalité féminine était élevée, en particulier dans la période des accouchements. L'espérance de vie au XVII^{ème} siècle ne dépassait pas 28 ans.

La mort frappait un jeune enfant sur deux et multipliait les deuils. L'éloignement de l'enfant en nourrice avait peut-être, dans ce contexte d'une mort omniprésente, une fonction de rituel dans le but d'apaiser le deuil d'une mort familière et répétée.

Les philosophes des Lumières s'émeuvent soudain de la mortalité infantile, qui jusque-là, indique Y. KNIBIEHLER, « était acceptée avec résignation, non pas avec indifférence », médecins et philosophes prêchent de plus en plus pour l'allaitement maternel.

Contrôle masculin : père, prêtre, médecins et moralistes.

Dans les sociétés de l'Ancien Régime, « c'est l'homme qui commande », souligne Y. KNIBIEHLER : le contrôle masculin représenté par le « pater familias », les prêtres, les médecins exerçait un rôle déterminant dans l'éloignement de la mère et du nourrisson, souvent en raison d'interdits, de tabous et de croyances ».

La mise en nourrice permettait de contourner certaines pratiques prohibées, et en particulier, l'interdiction faite aux femmes allaitantes d'avoir des relations sexuelles. L'interdit des relations sexuelles durant l'allaitement a été une des raisons principales du recours à une nourrice depuis l'Antiquité : « le sperme gâte le lait », disait le dicton. La décision appartenait au père et « les femmes n'étaient pas concertées », souligne Y. KNIBIEHLER, comme en témoigne « des contrats de nourrisserie au XIV^{ème}, XV^{ème} et XVI^{ème} signés par le père géniteur et le père nourricier ». Une sorte de survivance de cet interdit sexuel transparaît à travers les dires actuels de certaines femmes qui ne peuvent se sentir à la fois femme, c'est-à-dire concrètement reprendre les relations sexuelles, et mère, à savoir allaiter. (28)

En outre, il permettait un prompt retour au travail des ouvrières et femmes d'artisans, dont le salaire était indispensable à la santé financière du ménage.

Travail et allaitement : conciliation et servitude

Pour la période qui va du Moyen-Age jusqu'au XVIII^{ème} siècle, Y. KNIBIEHLER parle de « maternité coutumière » ; la fonction maternelle ne fait pas l'objet de valorisation particulière : elle est « toujours tenue pour inférieure, toujours subordonnée. L'allaitement maternel dépend moins du désir de la mère que de sa condition sociale et des codes culturels, religieux et médicaux en usage ».

« *On ne sait pas vraiment si les femmes des milieux aisés désiraient allaiter car aucune réponse directe de leur part ne nous est parvenue* » souligne Y. KNIBIEHLER, mais la fonction nourricière était mal considérée, d'une part comme une servitude illustrée dans le texte de F. FAY SALLOIS : « Soulagée des fatigues de l'allaitement et libérée des contraintes qui nécessairement l'accompagnent, la mère remplacée peut en toute sérénité, goûter les joies de la vie de famille sans pour autant sacrifier ses obligations mondaines et ses devoirs conjugaux. Tout ce que la mère acquiert, la nourrice le perd. Et le costume dont on les revêt, tout en affirmant la fortune des maîtres dissimule une fonction tenue souvent pour « bestiale et répugnante dans l'imaginaire du temps. » (37).

D'autre part, les nourrices et leur rôle ont été fortement dénigrés au fil des siècles : « Elles ont été accusées de négligence pour leur pratique, considérées comme responsables de la mortalité infantile par leur indifférence et leurs attitudes mercenaires. Cette condamnation englobe en fait toutes les mères rurales dans la même réprobation, comme si la familiarité de la mort entraînait nécessairement une indifférence à l'égard de la vie, comme si le fait de travailler, d'être épuisée, entraînait nécessairement des comportements infanticides. »

« L'intérêt des mères rurales – et la raison idéologique profonde du dénigrement dont les nourrices ont fait l'objet –, comme le souligne F. LOUX, (142) est qu'il ne s'agit pas de tout ou rien ; il s'agit d'une conciliation entre le travail et l'allaitement, parfois chèrement acquise, certes, mais sans dislocation du corps entre travail et maternité ».

Parallèlement au développement de la mise en nourrice, le **XVII^{ème} siècle vit naître les premiers discours en faveur de l'allaitement artificiel**. Certains médecins considéraient en effet que la proximité femme-enfant qu'impliquait l'allaitement au sein, plaçait le nourrisson sous l'influence de l'immoralité de sa mère, ou de sa nourrice. Cependant, la surmortalité engendrée par toute tentative d'allaitement autre qu'au sein était telle que ces discours restèrent longtemps sans écho.

Un nouveau mode d'allaitement : le biberon

Le XIX^{ème} siècle marqua un tournant décisif dans l'histoire de l'allaitement. En premier lieu, la médecine se fit de plus en plus interventionniste. Recommandant alors un sevrage entre 9 et 12 mois, elle suscita un sérieux raccourcissement de la durée moyenne d'allaitement. Mais c'est surtout la révolution industrielle de la fin du 19^{ème} siècle, et du début du 20^{ème} siècle, qui vint totalement bouleverser les pratiques d'allaitement.

Jusqu'alors, l'allaitement artificiel était en général voué à l'échec : lait animal inadéquat, hygiène inexistante, biberons inadaptés, provoquaient presque toujours le décès des jeunes enfants ainsi nourris.

Louis Pasteur inventa la pasteurisation en 1863 après avoir découvert que la pullulation microbienne dans le lait était responsable de graves gastro-entérites mais que la stérilisation permettait de détruire ces bactéries. Cette technique fut utilisée de façon industrielle dès 1882 ce qui marqua le début de l'ère de l'allaitement artificiel. Toutefois, on a continué à utiliser du lait cru pendant encore plusieurs dizaines

d'années, car le lait stérilisé était très coûteux et certains médecins s'y opposaient, convaincus des bienfaits du lait cru par rapport au lait bouilli. La stérilisation du lait par ébullition ne fut conseillée par l'ensemble du monde médical qu'au début du XXème siècle.

Suite aux découvertes pasteurienues, l'on commença à adopter de nouvelles mesures d'asepsie et de stérilisation. Parallèlement, la révolution industrielle permit la fabrication, à grande échelle, de biberons en verre avec tétine en caoutchouc. Alors que la société connaissait de profonds changements, touchant les conditions de vie, d'habitat, et de travail féminin, l'allaitement artificiel sortit de la marginalité, pour répondre aux nouveaux besoins d'une partie de la population.

Malgré tout, l'allaitement artificiel resta minoritaire jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale. Puis par la suite, les laits en poudre, inventés en 1873, devinrent réellement accessibles au grand public. Sous la pression, à la fois, de l'industrie agro- alimentaire, qui inondait le marché de lait artificiel, et d'une partie du corps médical, en particulier américain, qui jugeait l'allaitement artificiel plus « hygiénique », l'allaitement maternel recula très nettement, et autant par sa fréquence, que par sa durée.

S'est alors développée dans l'inconscient collectif une représentation opposant allaitement maternel synonyme de mort et allaitement artificiel apportant vie et bonne santé à l'enfant.

Le nombre des nourrices a donc considérablement diminué pendant la première guerre mondiale et la crise des années 1930 a marqué la fin de l'allaitement mercenaire.

Au fur et à mesure, les conditions d'accueil de ces enfants chez les nourrices se sont améliorées. Dans le même temps, ces nourrices se mettent à utiliser le biberon pour l'enfant qu'elles ont en garde, réservant leur lait à leur propre enfant. Les médecins inspecteurs encouragent cette pratique « dans la mesure où les principes pasteurienus permettent désormais d'éliminer microbes et infections ». Mais, dans l'utilisation du biberon, des inégalités géographiques liées aux différences de développement économique et industriel apparaissent : « en 1900 la moitié nord de la France, plus industrielle, plus riche, plus instruite, est majoritairement convertie à l'allaitement artificiel ; la moitié sud reste fidèle au sein pour une vingtaine d'années encore ».

L'abandon de l'allaitement au sein s'est accéléré surtout après la seconde guerre mondiale, alors que l'industrie avait mis sur le marché des laits adaptés aux besoins des nourrissons selon leur âge, et des aliments de sevrage.

La révolution industrielle, les découvertes de Pasteur, et les progrès du lait artificiel ont conduit à une généralisation du biberon adopté par des familles de plus en plus nombreuses, du fait de leurs conditions de travail, de l'aspiration des femmes vers le salariat.

Paradoxalement, c'est l'utilisation massive du biberon qui va être l'événement déclencheur d'une "révolution" (toutes proportions gardées) dans la conception et la place de l'allaitement au sein. En effet, avec l'allaitement artificiel, la nourrice n'est plus sélectionnée sur des critères physiques de robustesse et ses périodes d'activité ne dépendent plus de sa fécondité. Son rôle et ses fonctions sont également

redéfinis et le caractère essentiellement alimentaire de la profession est abandonné au profit d'un rôle d'élevage et de gardiennage. Le rôle alimentaire est alors dévolu exclusivement aux mères et « dès lors, l'allaitement au sein pourra connaître une valorisation affective : une femme allaitant n'est plus une "vache laitière", c'est une tendre maman ».

Une médicalisation hospitalière de l'accouchement s'est développée dans les années 1950. Les médecins qui étaient encore majoritairement des hommes ne s'intéressaient pas à l'allaitement et n'avaient pas conscience de ses difficultés pratiques.

Ils préconisaient des modalités d'alimentation chez les nouveau-nés en complète opposition avec les conditions nécessaires au bon déroulement de l'allaitement. On imposait en effet une diète complète au nouveau-né pendant les deux premiers jours ce qui ne favorisait ni la montée laiteuse ni le réflexe de succion du bébé et les mères étaient séparées de leur enfant durant cette période. On imposait également des horaires de tétées rigides calqués sur les modalités de l'allaitement artificiel afin d'éviter la survenue de troubles digestifs et on pesait l'enfant avant et après chaque tétée pour quantifier les prises afin d'administrer des compléments de lait artificiel lorsqu'elles étaient jugées insuffisantes. Le sevrage intervenait quant à lui de plus en plus tôt (3 mois versus 12 mois au début du siècle) probablement en partie du fait de l'essor commercial de l'allaitement artificiel suite à l'industrialisation des préparations pour nourrissons.

La **seconde moitié du XXe** siècle est marquée par la rapide évolution du statut des femmes, leur émancipation progressive et leur accès à plus de connaissances et de décisions. Parallèlement, l'accouchement à la maison disparaît, les services hospitaliers de maternité accueillent des jeunes mères de tous les milieux. Les plus dynamiques ne vont plus supporter les discours des soignants qu'elles jugent obsolètes.

Elles vont renforcer le mouvement amorcé après les écrits du siècle des Lumières : les femmes des milieux favorisés, les femmes ayant fait des études longues vont redécouvrir et prôner l'allaitement au sein, alors que celles des milieux ouvriers ou paysans s'en sont progressivement détachées. Ce sont elles qui vont obtenir des soignants une remise en cause de leurs habitudes et de leurs pratiques, qui vont susciter des formations professionnelles complémentaires... et vont faire bouger les médecins.

D'autre part, la gêne d'allaiter en public liée à une pudeur exacerbée et des idées-reçues tenaces ont aussi participé au recul de l'allaitement. Les femmes françaises ont donc peu à peu considéré l'allaitement comme un poids supplémentaire parmi les charges familiales, les privant d'une liberté à laquelle elles aspiraient de plus en plus.

A cette époque se développait **un mouvement féministe égalitariste**, courant féministe hostile à l'allaitement, conséquence directe du mouvement d'émancipation, ces femmes ont refusé la « maternité-aliénation ». Au début des années 1970, ce mouvement d'émancipation des femmes dénonce la grossesse non désirée, les drames de l'avortement clandestin avec une violente remise en cause de « l'assignation des femmes à la maternité ».

Malgré l'émergence des mouvements féministes, dans la seconde moitié du XXème siècle, en Europe et aux Etats-Unis, le modèle de la mère reste prégnant. Les progrès techniques de l'alimentation du nourrisson et l'industrialisation de la production de lait et d'aliments pour bébés ont permis « la division du travail de nourrissage tant à l'intérieur du couple parental qu'entre celui-ci et d'autres personnes (familles, voisins, amis, employés, nourrices "sèches") ou institutions (crèches) ». Ces progrès techniques ont par là même contribué à déconstruire le discours maternaliste et sa justification naturalisante: « dans la mesure où la nécessité de la présence continue de la mère "nourrice" auprès de son enfant permettait de penser l'attribution aux mères des soins aux jeunes enfants comme fondée en nature ou en rationalité, ces techniques ont aussi contribué, en rompant cette nécessité, à saper la légitimité d'une telle attribution et à "libérer", matériellement et idéologiquement les mères pour le marché du travail salarié »

Ainsi, en France, alors que dans les années 30, l'allaitement maternel concernait encore 90 % des nouveau-nés, ce chiffre était tombé à 36 % en 1972. Dans le même temps, la durée moyenne d'allaitement passait de plusieurs mois, à quelques semaines.

Alimentation du jeune enfant aujourd'hui : des normes contradictoires

« Qu'il s'agisse de l'allaitement maternel, de l'habillement, de la sucette, de la présence de la mère, du père ou du rôle du puériculteur, d'une génération à l'autre, les spécialistes ne craignent pas de se contredire ».

Par ses pratiques et ses influences complexes, la puériculture française étonne et déroute, depuis qu'en 1980 les deux auteurs, G. DELAISI DE PARSEVAL et S. LALLEMAND, dans leur ouvrage retraçant l'évolution de ces pratiques, en ont signalé les « contradictions » (28).

Cette possible libération des impératifs du nourrissage maternel s'accompagne d'un retour des valeurs sûres : le recours à l'instinct maternel et aux éternels poncifs du discours naturaliste. Geneviève Delaisi de Parseval et Suzanne Lallemand ont à ce titre remarqué que « plus la population féminine se montre réticente à suivre une directive de puériculture, plus celle-ci est présentée comme allant de soi et "naturelle", conforme aux données de l'instinct et à celles du sens commun ».

Dans la suite de cette idée, la thèse sur la diffusion des normes de puériculture en France, de la sociologue S. GOJARD, souligne qu'à l'origine de la puériculture, vers la fin du XIXème siècle « les normes héritées de la « Révolution pastorienne » sont strictes, comme en témoignent les usages de stérilisation de lait et du biberon, les horaires stricts de tétées, ne pas céder quand l'enfant pleure quel que soit le mode d'alimentation, la pesée avant et après chaque tétée.

Ces normes ont évolué au cours du XXème siècle vers plus de souplesse, voire « se sont inversées », transformant une vérité en son contraire : « Aujourd'hui, l'examen des discours de puériculture contemporains montre que la conformité aux normes de puériculture n'est pas si facile à accomplir parce que les prescriptions, rarement identiques d'un manuel à l'autre, sont parfois antagonistes » (GOJARD) (43) (44).

Le renouveau de l'allaitement à partir des années 1970

L'allaitement maternel a suscité un nouvel intérêt grâce aux découvertes scientifiques démontrant que ce lait était le plus adapté au nouveau-né. Ce mode de nutrition a été privilégié en premier lieu par les mères des classes sociales les plus aisées et instruites avant de gagner progressivement les différentes couches de la société.

De nombreux facteurs expliquent ce regain d'intérêt pour cet acte naturel : les nombreuses découvertes quant aux multiples qualités (nutritionnelles, anti-infectieuses, antiallergiques, etc.) du lait maternel, l'émissions de recommandations par les autorités de santé à l'échelon national et international, les multiples campagnes d'information du public, la mouvance protestataire prônant un retour à la nature, la création et les actions d'associations de soutien aux mères allaitantes ... Sur le modèle de leurs aînées américaines qui avaient commencé dès 1956, les groupes de mères s'officialisent : Leche League en 1979, Solidarilait en 1981. Ces associations de soutien des femmes allaitantes organisent des rencontres, des permanences téléphoniques, des réunions auxquelles sont conviées les jeunes mères.

En 1981, à l'université Claude-Bernard de Lyon, le professeur J. Fabry crée le premier cycle de formation continue pour le personnel des Hospices civils de Lyon sur le thème de l'allaitement, confiant l'enseignement au docteur Marie (135) Thirion, et aux sages-femmes de l'hôpital Sud de Grenoble. Sur ce modèle, les groupes de mères réalisent les premiers programmes de formation continue pour le personnel des hôpitaux et des services de PMI.

Sages-femmes, puéricultrices, infirmières, auxiliaires de puériculture, médecins participent à des formations, organisent des projets de service pour faire changer les habitudes. Dans les cours de préparation à la naissance, l'un des modules se transforme dans bien des lieux en séance d'information sur l'allaitement.

En trois décennies, la recherche médicale mondiale a prouvé de façon indiscutable l'importance du lait maternel pour la santé des enfants et plus largement des populations.

S'appuyant sur ces recherches scientifiques, l'OMS et l'UNICEF lancent en 1991 une vaste action mondiale pour faire évoluer les pratiques autour de la naissance et favoriser les allaitements au sein. Cette action connue sous le nom « Initiative Hôpital ami des bébés » ne pénétrera que lentement en France.

En 2003, des recommandations conjointes de l'OMS et de l'Académie américaine de pédiatrie, reprises par les sociétés savantes et la Société française de pédiatrie préconisent pour la santé des bébés un allaitement exclusif de six mois et la poursuite du lait maternel après la diversification, jusque vers 2 ans.

2. Panorama de l'allaitement maternel prolongé en chiffres

Les recommandations nationales et internationales font état d'une durée souhaitable d'allaitement maternel d'au moins 6 mois.(144)(145)

Parler d'épidémiologie de l'allaitement maternel en France, c'est constater à la fois :

- une spécificité : le taux d'allaitement français est l'un des plus bas au monde,
- une ressemblance : la répartition sociale et géographique de l'allaitement chez nous est assez semblable à ce qu'elle est dans d'autres pays industrialisés.

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 (44) approuvée à nouveau dans la WHA 65 en 2012. De nombreux autres organismes, référents en terme d'allaitement, tels que l'UNICEF, l'Académie Américaine de Pédiatrie (133), l'IHAB, expriment les mêmes recommandations, dans le cadre de la promotion de l'allaitement se développant depuis les années 1970.

A titre de comparaison, rappelons que le taux d'allaitement à la naissance est de 99 % en Norvège et en Suède, de 98 % en Hongrie, de 95 % au Danemark, de 92 % en Suisse, de 85 % en Italie, de 75 % en Allemagne, de 69 % en Grande-Bretagne.

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 (11) puis 2006, a renouvelé ses recommandations, basées sur celles de l'OMS. (12)

La durée en France est mal connue et d'interprétation difficile en raison de l'imprécision des méthodes de calcul, de la variabilité des définitions de l'allaitement et de l'hétérogénéité des maternités de naissance. Les chiffres français se limitent à peu de sources : le dépouillement des certificats de santé du 8^e jour et les enquêtes périnatales. (7) Le dernier chiffre fourni par la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES) concerne l'année 2002 : le taux d'allaitement maternel en maternité était de 56 %.

Il y a pour autant une tendance à l'augmentation de l'incidence de l'allaitement maternel depuis ces dernières années (cf. Tableau 1). Des durées médianes de 7 à 13 semaines ont été publiées il y a plus de 10 ans.

D'autres publications ont rapporté des durées médianes allant jusqu'à 20 semaines mais pour des maternités uniques ou des petites cohortes, pouvant ne pas être représentatives des maternités françaises dans leur ensemble.

Tableau 1 - Taux d'allaitement en France en maternité.

Année	Taux d'allaitement (%)
1995	45,6
1997	48,8
1999	50,0
2000	52,3
2001	54,4
2002	56,5

Par ailleurs, au lieu des durées médianes, ce sont parfois des taux à un moment donné (de 1 mois à 12 mois) qui ont été étudiés, sur l'ensemble des femmes accouchées ou seulement pour les femmes allaitantes, en prenant en compte soit les allaitements exclusifs, soit les allaitements partiels (30).

Ainsi le taux d'allaitement en France serait de l'ordre de 30 % (sur les réponses) à 6 mois selon les certificats de santé du 9^{ème} mois (137). Ces chiffres pourraient être sous-estimés, assimilant les non-réponses au non-allaitement.

Le Programme National Nutrition Santé 2011-2015 (PNNS 3)(5)(9) 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.

Les chiffres des **Enquêtes nationales périnatales**(179) ont montré une augmentation du taux d'initiation de l'allaitement maternel à la maternité, passant de 37 % en 1972, à 53 % en 1998, pour atteindre 69 % en 2010. Ces trois enquêtes périnatales visant à différencier les allaitements mixtes et exclusifs ont été menées par la Leche League France.

En 1998, le pourcentage d'allaitement mixte était de 7,5 % et celui des allaitements exclusifs de 45 %. Ce qui donne 52,5 % de bébés allaités, un chiffre supérieur aux CS8 (48,3 %).

Leur intérêt, par rapport à ceux tirés des CS8, est de différencier l'allaitement exclusif de l'allaitement mixte.

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.

Un examen systématique des **certificats de santé (137)** des enfants au 9^{ème} mois pour les années 2006 et 2007 (DREES, 2010) a permis de déterminer un taux d'allaitement à la naissance de 73%. L'examen des certificats de santé du 8^{ème} jour pour 2006 le fixait à 86,8% (DREES, 2010), alors que dans l'enquête nationale périnatale de 2010, il était évalué à 69% (DRESS, 2011). Quoiqu'il en soit, ce chiffre est en nette progression, puisque l'enquête nationale périnatale de 1995 retrouvait un taux d'allaitement à la naissance de 51,6% (DREES, 2009).

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 (7)(8)(9)**, qui interroge les familles à la maternité, à 1 mois, 4 mois, 8 mois et 1 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, tirés au sort, non transférés (>33 sa) nés entre le 16 janvier et 5 avril 2012, dans 136 maternités françaises début 2012, et le recueil des données s'est effectué jusqu'à avril 2013 par auto-questionnaires et entretiens téléphoniques.

Plus des deux tiers des nourrissons (69%) recevaient du lait maternel à la maternité (60 % de façon exclusive, 9% associé à des formules lactées du commerce).

Dès l'âge de un mois ils n'étaient plus que la moitié (54%) à être allaités, et seulement 35% de façon exclusive. Cette étude confirme la diminution rapide de l'allaitement exclusif et retrouve les écarts connus selon les caractéristiques sociodémographiques (niveau d'éducation, âge, lieu de naissance, perception du conjoint..).

La pratique de l'allaitement maternel à la maternité était plus fréquente parmi les mères de 30 ans et plus, mariées, nées à l'étranger, dont le niveau d'études était supérieur au Baccalauréat, dont l'indice de masse corporelle était compris entre 18,5 et 25, n'ayant pas fumé pendant leur grossesse, ayant bénéficié d'une ou plusieurs séances de préparation à l'accouchement, ayant été mise en contact direct peau à peau avec leur enfant dans l'heure suivant l'accouchement et dont le conjoint avait une perception positive de l'allaitement maternel.

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.

Et après la naissance combien de temps allaite-t-on?

Si les données sur le taux d'allaitement en maternité sont peu fournies, rien à voir avec le vide d'information sur la prolongation de l'allaitement maternel en France.

Concernant les durées moyennes d'allaitement maternel depuis 1998, les certificats du 9ème mois comportent effectivement un item sur la durée d'allaitement, mais du fait de la fréquente négligence qui prévaut au remplissage de ces certificats, et du faible taux de réponse global, il est bien difficile d'en tirer des chiffres fiables. L'examen systématique des certificats recueillis pour 2006 et 2007 a néanmoins permis d'estimer le taux d'allaitement des enfants de 6 mois à 22,9% (DRESS 2010).

L'étude des certificats de santé du 8ème jour, 9ème mois et 24ème mois, réalisée en 2012 et à validité 2010 par la DREES est renseignée de façon hétérogène donc non exploitable à l'échelle nationale. La Loire-Atlantique n'y a d'ailleurs pas participé.

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 (2)(3)(4)(121) des facteurs de risque cardio- vasculaires (11)(16)(17)(120)(122)(123), des phénomènes allergiques (124)(125)(126)(127)(128) et du développement psychomoteur et affectif (129)(130)(131)(132) voire de certains cancers et maladies auto-immunes (134), 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 (133) (135) 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.

Ainsi donc, non seulement le taux d'allaitement à la naissance progresse, mais la durée moyenne d'allaitement s'allonge significativement, puisque près d'1 nourrisson sur 2 serait actuellement allaité plus de 3 mois (DRESS, 2010), alors qu'à peine 1 sur 10 était nourri au sein plus d'1 mois au milieu des années 90 (Cofam 2000) (17).

En 2001, la Coordination française pour l'allaitement maternel (CoFAM) (17) a recueilli des données auprès des conseils généraux. Les chiffres fournis par huit départements étaient exploitables et montraient qu'à huit semaines, 50 % des bébés allaient être sevrés, et déjà 70 % à 12 semaines étaient sevrés (données 1998).

Au-delà des 9 premiers mois, l'absence d'enquête nationale consacrée à l'allaitement ne nous permet pas de disposer de données officielles concernant la totalité du territoire français. Seules quelques **études régionales** nous fournissent des chiffres, qui, s'ils ne sont pas généralisables, peuvent être considérés comme des indicateurs de tendance.

Ainsi, une étude de la DRASS, réalisée entre 2004 et 2006 sur la région Rhône-Alpes (n = 701), a permis de déterminer que 16% des mères avaient allaité plus de 6 mois, dont 2,3 % plus de 12 mois, pour une durée médiane de 16 semaines, soit un peu plus de 3 mois 1/2 (DRAAS, 2008).

De nouvelles normes de croissance de l'enfant à utiliser(10)

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a mis au point des nouvelles normes de croissance pour le nourrisson et l'enfant de moins de cinq ans.

Elles décrivent un standard de croissance pour des enfants élevés dans des conditions d'hygiène correctes, nourris exclusivement au sein pendant au moins 4 mois puis avec une alimentation progressivement diversifiée tout en étant allaité. De nombreux pays les ont adoptées.

Ces courbes diffèrent de celles du carnet de santé français, en particulier dans les premiers mois de vie. Leur intérêt est de proposer, d'une part des courbes différentes pour les garçons et les filles et d'autre part, une présentation graphique très étalée (0-6 mois sur 1 page) qui facilite la surveillance de l'évolution du poids dans les premiers mois. En effet, la surveillance d'un enfant allaité sur les courbes du carnet de santé habituel peut entraîner une évaluation faussée et des conseils inappropriés.

Devant le manque de données officielles, La Leche League France a commandé en 2002 une enquête auprès de l'Institut des Mamans(136) (13).

Et selon ce **sondage de l'Institut des Mamans** réalisé sur un échantillon de 1117 mères, 20,62% des mères allaitantes qui ont répondu en septembre 2002 à un questionnaire par internet, poursuivraient leur allaitement entre 6 mois et 1 an. (17)

Les résultats donnent : 13,54 % d'allaitement durant moins de 1 mois, 26,15 % de 1 à 3 mois, 28,62 % de 3 à 6 mois, et 20,62 % de 6 mois à 1 an. Ainsi, à 3 mois,

60,3 % des enfants allaités à la naissance étaient encore allaités, soit une nette progression par rapport à l'enquête de la COFAM de 1998 (37,6 %).

Ce chiffre semble optimiste en comparaison des autres sources.

Cette enquête étant réalisée par internet elle présente un biais épidémiologique non négligeable dans le recrutement.

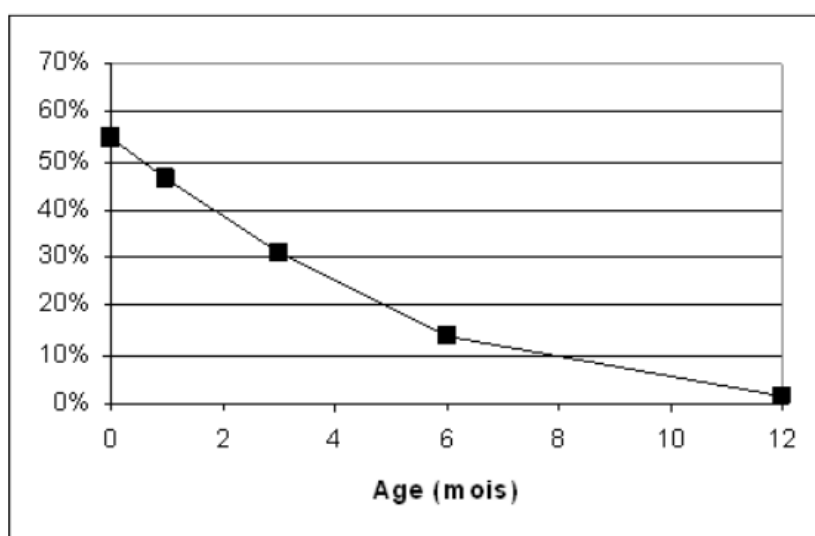
Les données qui en résultent doivent être interprétées comme des indicateurs de tendance. En aucun cas elles ne peuvent être retenues comme représentatives de ce qui se passe sur l'ensemble de la population.

De cette étude, il ressort, par exemple, que l'arrêt de l'allaitement se fait :

- dans le premier mois pour 14,8% des mamans interrogées ;
- entre 1 et 3 mois pour 28,6% ;
- entre 3 et 6 mois pour 31,3% ;
- entre 6 mois et 1 an pour 22,5% ;
- au-delà d'un an pour 2,8 %.

Une fois encore ces chiffres varient d'une région à l'autre. Par exemple, 25% allaitent 6 mois et plus en région Rhône-Alpes contre 15,79% dans le Sud-Ouest (180).

Tableau 2 : Taux d'allaitement en fonction de l'âge du nourrisson. Sondage français-IPA. (12)(99)



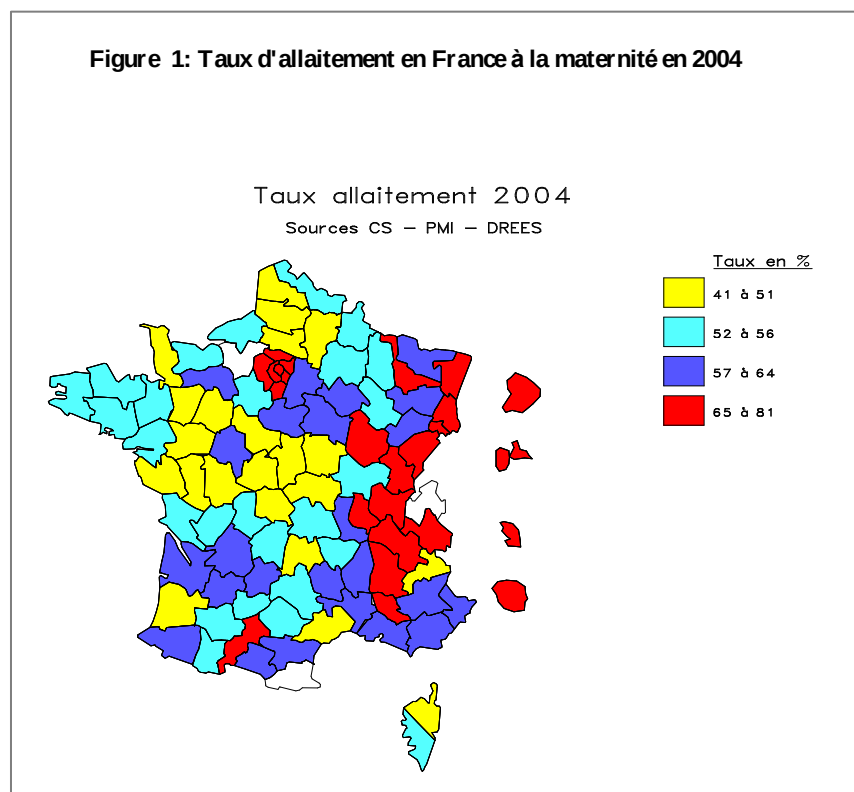
Une enquête plus récente réalisée toujours par le même institut de sondage pour **la revue PARENT** (12), auprès de 1006 mères d'enfants de 0 à 24 mois, publiée en décembre 2007, sur l'allaitement avance des chiffres récents : 65% des mères allaiteraient à la maternité

Ces chiffres, de 5 ans plus récents, semblent en augmentation par rapport à ceux avancés par les sondages de 2002. On peut supposer que cela soit dû à la politique d'encouragement de l'allaitement, mais les détails de la procédure de ces enquêtes n'est pas connu et contiennent peut-être des biais. Il n'a pas été défini ce qui avait été retenu comme définition de l'allaitement.

Selon ce sondage 16,9% des mères allaitent entre 6 mois et 1 an, et 5,8% plus de 1 an.

Nous remarquons qu'à partir de 12 mois, les chiffres concernant la France sont obtenus plus fréquemment par des sondages ou des enquêtes, que par des études scientifiques.

Des disparités notoires suivant les régions



Le taux d'allaitement à la maternité est très variable d'une région à l'autre. Dans l'enquête périnatale de 2003, il variait ainsi de 80% à Paris et en Petite Couronne à 43% en Picardie (DREES, 2009). Schématiquement, on peut donc dire que l'on allaite davantage dans l'est et le sud (Ile-de-France, Rhône-Alpes, PACA, Alsace et Franche-Comté), que dans le nord et l'ouest (Haute-Normandie, Nord-Pas de Calais, Auvergne, Pays de la Loire et Picardie). Ces inégalités géographiques ne sont pas récentes. Dès la fin du 19ème siècle, l'allaitement maternel était moins fréquent dans l'ouest et dans le nord, où une forte proportion de nourrissons était déjà nourrie au biberon (Didierjean-Jouveau, 2003)(148)

Quoiqu'il en soit, on peut constater que les taux d'allaitement progressent dans la quasi- totalité des départements. Pour donner quelques exemples, entre 2003 et 2007, les taux d'allaitement au 8ème jour sont passés de 38,2% à 42,6% dans le Pas-de-Calais, de 50,3% à 58,7% dans le Loir-et-Cher, de 52,9 % à 60,5% dans le Nord.

Le contexte de la région des Pays de la Loire est particulier par un taux de mise en route de l'allaitement traditionnellement faible en sortie de maternité, inférieur d'environ 10 % par rapport à la moyenne nationale : le dernier taux connu était de

55% pour un taux national de 69 % en 2010 (12)

Il existe ainsi un gradient Est/ouest (de 80 à 50 %) pour lequel les explications ne sont pas très claires. « *Il semblerait d'après B.Branger (144)(145) que cette situation dure depuis plusieurs dizaines d'années et comme les facteurs de décision et de durée d'allaitement semblent se reproduire au fil des générations successives, les modifications sont lentes* ».

Le réseau de périnatalité « sécurité naissance-naître ensemble » des Pays de la Loire(RSN) est un réseau de 24 maternités comptant 46000 naissances par an.Il regroupe l'ensemble des professionnels de la naissance ; une commission « allaitement maternel » a été créée en 2006 pour promouvoir l'AM et suivre des indicateurs dans ce domaine.

Une étude de durée d'allaitement a été proposée aux maternités du réseau en 2011 pour connaître la durée en semaines. La durée médiane d'allaitement a été de 15,6 semaines (3 mois et demi) avec en calcul de survie 89 % des femmes allaitant à 4 semaines (1 mois) soit 10% d'arrêt au premier mois, 56% à 13 semaines (3 mois) et 27% à 27 semaines (6 mois).

Cette durée semble relativement longue par rapport à d'autres études.

Conclusions sur la situation française

Actuellement, en France, les 3/4 des femmes choisissent d'allaiter leur enfant à la naissance, mais à 6 mois moins d' 1/4 des nourrissons bénéficie encore du lait de leur mère. Quant à l'allaitement prolongé au-delà des 6 premiers mois, il reste relativement rare, malgré des progrès indéniables, portés par diverses actions de promotion et de soutien. Tout à fait inédite dans l'histoire, cette situation n'est probablement pas irréversible, comme peuvent l'attester les réussites, en terme de politique d'allaitement, de certains de nos voisins occidentaux.

Abréviations

AAP : Académie Américaine de Pédiatrie.

AM : Allaitement maternel.

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

COFAM : Coordination Française pour l' Allaitement Maternel

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

CSP : Catégories Socio Professionnelles.

CS8 et CS9 : certificat de santé du 8^e jour et du 9^e mois

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

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

FMC : Formation médicale continue

HAS : Haute Autorité de Santé.

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébé.

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

INVS : Institut National de Veille Sanitaire.

LL : Leche League

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PNNS : Programme National Nutrition Santé.

SF: Sage-Femme

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

Introduction

Allaiter: acte naturel, instinctuel ou culturel ? Un désir, un besoin, un devoir ?

Ce seul débat passionnel ne peut se résoudre en invoquant le seul argument biologique.

Sujet de société polémique en France et dans de nombreux pays encore, l'allaitement maternel cultive les paradoxes : entre pression sociale et liberté de la femme, mythe de la « bonne mère » et culpabilisation du biberon, féminisme moderne et retour à la nature, bienfaits scientifiquement prouvés et croyances populaires, relation fusionnelle et contrainte, pratique innée et compliquée, aliment gratuit et inimitable, les mères doivent faire l'un des premiers choix de la vie de leur enfant : celui de son mode d'alimentation.

L'allaitement maternel au-delà de 6 mois est aujourd'hui une pratique marginale et minoritaire, qui reste peu valorisée par les professionnels de santé.

Cela reste paradoxal, car dans le monde l'allaitement maternel réalisé après 6 mois est la référence : l'OMS recommande (44) 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 ».

L'état de la question de l'allaitement « prolongé » dans la littérature est peu développé.

Nous avons fait le constat empirique que le phénomène d'allaitement prolongé se développe depuis plusieurs années.

Tous les pays de l'union européenne n'ont pas le même comportement à l'égard de la promotion de l'allaitement maternel, et la situation en France constitue un vrai paradoxe : la France occupe une place particulière en raison du faible taux d'allaitement à la naissance et de sa durée très courte. Cette situation n'a guère évolué au cours des trente dernières années malgré les connaissances nouvelles concernant l'accueil du nouveau-né à la naissance, l'allaitement maternel et l'alimentation infantile. L'enfant est le plus souvent sevré pour reprise du travail.

La durée de l'allaitement maternel en France ne dépasse pas celle du congé post-natal de maternité de 10 semaines (7).

L'allaitement maternel prolongé peut être défini comme l'allaitement 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. La notion de « longueur » de la durée d'allaitement dépend donc essentiellement des pratiques culturelles qui y sont liées, dans une société donnée et à un moment donné.

Nous avons donc défini l'allaitement prolongé lorsque celui-ci se poursuivait au-delà des six mois en appui sur les données psychanalytiques, médicales et socio-culturelles (19) :

-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 indiquent la nécessité de diversifier l'alimentation du bébé à partir de l'âge de six mois et les données historiques attribuent l'arrivée des premières dents comme un indicateur du temps du sevrage.

-les données sociaux-culturelles au moment de la recherche révélaient une durée médiane d'allaitement en France de 8 semaines, précisant qu'à 12 semaines 70 % des bébés allaités étaient sevrés (17).

La durée de 6 mois représente le $\frac{1}{4}$ de la durée totale recommandée par l'OMS (44). Cette durée pourrait correspondre à celle qu'une grande partie de la population française trouve être un allaitement long car dans l'étude DRASS Rhône-Alpes (6), (7), 12% des femmes qui allaitent aux 6 mois de leur bébé disent recevoir vers cette date des pressions de l'entourage à propos de la date du sevrage. Ce pourrait donc être la charnière à partir de laquelle la population change de regard envers la mère allaitante.

C'est en appui sur l'ensemble de ces données qu'il nous a semblé pertinent de parler d'allaitement prolongé lorsqu'il se poursuit au-delà des six mois de l'enfant.

Partant de ce constat, nous avons choisi de parler, dans cette étude, d'allaitement « long » ou « prolongé » pour un allaitement d'une durée supérieure à 6 mois.

L'allaitement est une norme sociale mais remplie de représentations morales et symboliques.

Notre travail avait pour objectif d'observer et de comprendre les fonctionnements et les enjeux qui conduisent des mères à établir ce mode de lien avec leur enfant au-delà des six mois, lien qui s'inscrivait dès lors comme un choix marginal au regard des pratiques sociales en vigueur.

Quelles sont les dynamiques sociales, familiales et les logiques de choix d'un allaitement long pour ces mères ?

Quelles sont les valeurs portées par ces femmes et leurs motivations ? Pourquoi et comment vivent-elles ce choix ? Est-ce un choix ?

Dans le contexte social et culturel actuel, peut-on identifier des points communs ou des différences chez ces mères ?

Enfin quelles réflexions donner aux médecins généralistes pour les aider à accompagner au mieux ces femmes dans leur projet d'allaitement long ? Il apparaît du devoir du médecin généraliste de promouvoir l'allaitement et de proposer une information et une aide médicale éclairée pour les accompagner dans le projet tout en respectant leurs représentations, leurs limites et leurs choix. Mais quelles attentes ont ces femmes sur le plan médical ?

Pour contribuer à éclairer ces questions, le choix a été fait d'une approche qualitative visant à mieux comprendre selon quelles logiques la pratique de l'allaitement au-delà de 6 mois est réalisée par ces mères.

2 Méthode

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens de vingt-deux mamans allaitant depuis plus de 6 mois.

2.2 Objectifs

L'objectif de cette étude est de comprendre par les entretiens semi-dirigés centrés sur leur pratique d'allaitement, quelles peuvent être les logiques de choix et les différents déterminants familiaux et sociaux d'un allaitement prolongé chez des mères qui allaitent pendant plus de 6 mois.

L'objectif n'est pas de vérifier des hypothèses posées a priori mais de comprendre les enjeux d'un allaitement prolongé et les valeurs portées par ces femmes et leurs motivations dans cet allaitement et élaborer des hypothèses pour aborder et suivre en médecine générale ces mamans dans leur parcours d'allaitement long.

Le choix a été fait d'une approche qualitative visant à mieux comprendre selon quelles logiques, étapes, et quels processus s'inscrit la pratique de l'allaitement prolongé.

2.3 Choix de la méthode

Les entretiens semi-directifs s'adaptent le mieux à l'étude d'une situation vécue.

Notre étude s'est appuyée sur l'ouvrage de A. BLANCHET et A. GOTMAN (1): « l'enquête et ses méthodes : l'entretien ».

Pour ces auteurs l'enquête par entretiens est l'instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal.

Ces faits concernent les systèmes de représentations (pensées construites) et les pratiques sociales (faits expérimentés). » Aussi R. QUIVY et L. VAN CAMPENHOUDT (9), dans « manuel de recherche en sciences sociales » précisent : « les méthodes d'entretien se distinguent des enquêtes par questionnaire, car elles se caractérisent par un contact direct entre le chercheur et ses interlocuteurs et par une faible directivité de sa part. »

Un entretien est dit semi-directif en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises. Généralement, le chercheur dispose d'une série de questions-guides, relativement ouvertes, à propos desquelles il est impératif qu'il reçoive une information de la part de l'interviewé. Mais il ne posera pas forcément toutes les questions dans l'ordre où il les a notées et sous la formulation prévue. Autant que possible, il « laissera venir » l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite, et dans l'ordre qui lui convient. Le chercheur s'efforcera simplement de recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois qu'il s'en écarte et de poser les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas par lui-même, au moment le plus approprié et de manière aussi naturelle que possible. »

La technique de l'entretien semi-directif s'adaptait également au nombre restreint de l'échantillon.

Aussi contrairement au questionnaire qui suppose des questions pertinentes choisies une fois pour toutes, l'entretien permet la possibilité de déplacement du questionnement et un processus de vérification du continu et de reformulation des hypothèses.

2.4 Population étudiée

2.4.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion pour les mères étaient les suivants :

- avoir réalisé un allaitement maternel strictement supérieur à 6 mois, allaitement toujours en cours ou stoppé depuis moins de deux ans.
- allaitement exclusif ou non.

2.4.2 Critère de non-inclusion

Le critère de non-inclusion était l'appartenance à une culture non européenne.

L'allaitement dans ces autres cultures est très différent dans ses problématiques de la culture française et nécessiterait une étude à part entière. Aussi les femmes migrantes allaitent plus souvent dans la continuité des traditions familiales.

2.4.3 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 et des contrastes, que ce soit dans les caractéristiques de primiparité/multiparité, leur âge, leur durée d'allaitement, leur mode d'allaitement et leur cheminement dans leur parcours d'allaitement, en essayant d'être assez représentatif de la population générale de mères allaitantes.

Aussi cette diversification avait pour but de maximiser les chances d'apparition d'au moins quelques cas capables de perturber nos hypothèses et de nous remettre en questions sur notre problématique initiale.

2.5 Déroulement de l'étude

2.5.1 Recrutement des mères

Les vingt-deux mères ont été recrutées de la façon suivante:

- par l'intermédiaire de généralistes pour trois mères chez lesquels j'ai réalisé mon stage praticien entre novembre 2012 et mai 2013, cabinets qui se situaient en milieux urbain et semi-urbain dans la région de Nantes. Ces médecins se souvenaient d'un allaitement « long » chez ces patientes et les ont contactées et leur ont demandé leur accord. Ensuite l'enquêtrice les contactait par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous.
- par l'intermédiaire de pédiatres de différents cabinets de Nantes que j'avais contactés directement par téléphone puis par mail. De même, ils recherchaient les différentes patientes qui pouvaient correspondre aux critères d'inclusion de l'étude puis de la même façon les appelaient directement pour leur demander leur accord. Quatre cabinets de pédiatres nous ont ainsi permis de rencontrer treize mamans qui résidaient en milieu autant rural qu'urbain. Dix mamans venant d'un même cabinet de pédiatre, trois autres de trois cabinets différents.
- par l'intermédiaire de la PMI de Nantes qui nous a transmis les coordonnées d'une mère.
- par le biais de forums sur internet, notamment « magic mamans », et « aufeminin.com ». L'annonce suivante (voir en Annexe) avait été mise en ligne : « je suis interne de médecine générale et préparant une thèse sur

l'allaitement prolongé je cherche des mamans qui ont allaité plus de 6 mois, allaitement en cours ou arrêté depuis moins de deux ans, habitant Nantes ou sa région et qui seraient d'accord de m'accorder un peu de temps pour un entretien enregistré qui restera anonyme ». Deux mères ont pu ainsi être rencontrées par ces forums.

- par l'effet « boule de neige » décrit dans l'ouvrage de D. Bertaux, (14) ou autrement dit l'effet du « bouche à oreilles » par l'intermédiaire de mamans déjà rencontrées en entretien certaines mères nous ont communiqué les coordonnées de trois autres mères.

2.5.2 Prise de rendez-vous et présentation du sujet

Les mères étaient contactées par téléphone. Etait précisé le nom de la personne ayant donné leurs coordonnées, qu'il s'agissait d'un travail de thèse en médecine générale et que l'on s'intéressait à ce phénomène nouveau mal connu des médecins généralistes.

Il n'y a eu aucun refus, certaines mamans souhaitaient avoir des précisions sur les questions que j'allais leur poser. L'enquêtrice leur disait qu'il s'agissait d'une forme de discussion sur l'allaitement sans en dire plus.

Les critères d'inclusion étaient vérifiés et on leur précisait aussi qu'il s'agissait d'un entretien enregistré mais que l'anonymat et la confidentialité leur étaient garantis.

Une date rapprochée leur correspondant était définie, le lieu était laissé à leur convenance, à leur domicile ou même à l'extérieur des fois pour des raisons pratiques, dans un lieu plus proche de leur travail, et que la durée de l'entretien n'était pas définie, cela dépendait de chaque maman, il n'y avait pas de durée préétablie.

La principale difficulté a été de ne pas trop développer la problématique de la thèse avant l'entretien, beaucoup de mamans voulant préparer les « questions » que j'allais leur poser, ou certaines souhaitaient aussi avoir mon avis sur l'allaitement avant de les rencontrer, ne voulant pas être jugées sur leur pratique.

La problématique était donc parfois un peu plus développée en expliquant que nous voulions comprendre les valeurs portées par ces femmes pour aider les généralistes dans l'accompagnement de ces mères.

2.5.3 Guide d'entretien

Nous avons tout d'abord élaboré un guide d'entretien selon des choix personnels et des lectures préalables sur le sujet (voir en Annexe).

La préparation de l'enquête s'est faite tout d'abord par un travail de bibliographie, une revue de la littérature sur l'allaitement au-delà de 6 mois, la réflexion sur la problématique, la formulation d'hypothèses et enfin la formulation des questions et des thèmes à aborder.

Le guide d'entretien a été réalisé en reformulant des questions de recherche en questions d'enquête, questions que l'on souhaitait au maximum ouvertes.

Dans un premier temps nous avons réalisé un entretien exploratoire ou entretien « test » ayant pour fonction de compléter les pistes de travail suggérées par les lectures préalables et de mettre en lumière les aspects du phénomène auxquels on ne pouvait penser spontanément.

Ce guide d'entretien était organisé en différents thèmes, que la mère bien entendu ne connaissait pas.

Il était utilisé comme support par l'enquêtrice pour structurer l'entretien et formuler des relances par rapport au récit des mères.

Ensuite, avec le nombre plus important des entretiens et l'expérience de la technique d'entretien acquise au fur et à mesure, le guide d'entretien était bien connu de l'enquêtrice ce qui donnait plus de fluidité dans la formulation des questions.

Ce guide d'entretien abordait le vécu des mamans de leur allaitement long avec différents thèmes. Ces thèmes avaient été regroupés, et devaient être abordés si les mères avaient besoin d'être relancées au cours de la discussion.

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

- leur expérience d'allaitement, la place de l'allaitement dans leur famille,
- leurs motivations dans cet allaitement long,
- les difficultés rencontrées,
- l'implication de l'entourage dans cet allaitement avec le vécu du père notamment,
- la relation qu'elles avaient avec leur mère,
- la relation avec les professionnels de santé,
- les conditions d'un allaitement idéal.

Le premier guide d'entretien a été réalisé selon ses modalités avec les six premières mères. Des six premiers entretiens se sont dégagés des thèmes parfois nouveaux abordés de façon récurrente par les mères, nécessitant de retravailler ce guide afin d'aborder les questions de façon plus complète.

Dans la phase plus analytique, ces thèmes ont donc été complétés par :

- le sevrage : son déroulement et son vécu,
- le déroulement de leur grossesse et de leur accouchement.

Aussi quelques modifications ont été apportées dans la formulation des questions.

Dans le premier guide, l'entretien débutait par la question suivante : « est ce que vous pouvez vous présenter ? », question qui pouvait sembler plus facile comme phrase d'accroche et comme premier contact.

Finalement pour ces six premiers entretiens deux mères ont semblé déstabilisées par cette question et ont parlé de leur famille, leur travail et l'échange avait des difficultés à se recentrer sur l'allaitement.

Cela a donc été pris en compte pour les entretiens suivants qui commençaient par « est ce que vous pouvez me parler de votre allaitement depuis le début ? » et pour terminer l'entretien l'enquêtrice demandait aux mères de parler d'elles, de se présenter en quelques mots et les laissait libres de lui parler de ce qu'elles voulaient ou de rajouter quelque chose qui n'aurait pas été abordé au cours de l'entretien et qui pouvait leur sembler important, cela afin qu'elles aient la parole jusqu'au bout.

2.5.4 Réalisation des entretiens

Conditions matérielles et temporelles

Le lieu

Les entretiens ont eu lieu dans un endroit à la convenance de la mère, soit à son domicile ou à l'extérieur lorsque celle-ci ne pouvait recevoir l'enquêtrice chez elle.

L'enregistrement était alors pour l'enquêtrice et la mère l'occasion de partager un café ou un déjeuner.

Le lieu était alors choisi pour le calme ou sa disposition qui permettait de s'isoler et de permettre des bonnes conditions d'enregistrement.

Certaines fois, les pères étaient présents lors de l'entretien, l'enquêtrice leur permettait s'ils le souhaitaient de participer aussi pendant la première partie à l'entretien.

L'heure du rendez-vous était choisie par la mère ce qui a permis de réaliser des entretiens dans de bonnes conditions.

La durée

Il leur était annoncé une durée d'environ une heure pour que les mères puissent s'organiser, mais cela était modulable en fonction du déroulement de l'entretien, et que l'enquêtrice s'adapterait au temps qui leur était disponible.

L'enregistrement et la retranscription.

La conversation était enregistrée avec un dictaphone numérique, retranscrit mot à mot et analysé.

Chaque entretien a été numéroté selon son ordre de réalisation.

La retranscription a respecté les onomatopées (« heu, « hum »...), les silences (silence court «. », silence long « ... ») et les interactions entre les interlocuteurs (paroles coupées : (...)), les moments de tétées interrompant l'entretien (tétée), les rires ont été notés également (rires).

Nous avons tenu à conserver exactement les phrases énoncées par les mères, même si parfois celles-ci ne sont pas correctes ou comportent des fautes de styles.

Anonymat et respect de la confidentialité

L'ensemble des entretiens est anonyme. Les prénoms des enfants, du conjoint et de la maman ont été notés seulement par une seule lettre afin de veiller à leur anonymat.

Les entretiens audios ne sont pas disponibles en Annexe, ceci a été précisé lors des entretiens aux mères dans la perspective du respect de leur anonymat.

Déroulement de l'entretien

Certaines vérifications préalables ont été réalisées : la confidentialité leur était rappelée et l'enregistrement de l'entretien qui était seulement accessible et gardé uniquement par l'enquêtrice.

Ensuite l'objectif de la thèse était présenté de manière succincte pour toutes les mamans, de la même manière.

Peu de questions ont été posées, certaines mères avaient quelques appréhensions concernant l'enregistrement mais le plus souvent les mamans arrivaient à l'oublier facilement.

Beaucoup de mamans se mettaient à parler spontanément de l'allaitement dès qu'on arrivait chez elle, ou dès le premier contact, curieuses de connaître les détails de la thèse et les objectifs.

L'enquêtrice essayait de leur expliquer que c'était un sujet qui était peu abordé en médecine générale tout en restant peu précise pour ne pas les influencer ensuite

dans leur entretien, et leur disait qu'elle voulait connaître les valeurs portées par ces mères. Elle notait rapidement sur un cahier les différents propos échangés avant l'enregistrement.

Selon les conseils prodigués dans l'ouvrage de A.BLANCHET (1), une écoute active et bienveillante était réalisée, en essayant de respecter les silences, de ne pas juger ni conseiller les mères dans leurs réponses, même si souvent elles avaient envie d'avoir l'avis de l'enquêtrice sur la question.

L'enquêtrice essayait de les mettre en confiance et de les aider à parler.

Les différents thèmes qui n'étaient pas abordés spontanément par les mères étaient amenés par différents techniques : les relances, ou des questions ouvertes en abordant un thème nouveau ou par la contradiction pour favoriser l'argumentation.

2.6 Analyse des résultats

Dans un premier temps nous avons identifié une première liste de thèmes qui ressortait de la lecture de ces entretiens. Ainsi nous avons pu découper de manière transversale ce qui d'un entretien à l'autre se référait aux mêmes thèmes en cherchant une cohérence thématique inter-entretiens et des modèles explicatifs.

Ce découpage thématique s'est fait à partir des données de la littérature qui était enrichi après une première lecture des entretiens. Nous avons passé en revue les « thèmes » abordés dans chaque entretien et les avons comparés à travers une grille d'analyse.

Cette grille d'analyse était hiérarchisée en thèmes principaux et secondaires que nous avons regroupés en tableaux, afin de décomposer l'information et séparer les éléments selon une logique verticale pour les différents thèmes. Les extraits des entretiens étaient sélectionnés et ajoutés en fonction du thème correspondant.

Ensuite une deuxième grille d'analyse a été construite à partir de ces premiers éléments plus synthétiques.

Nous avons ensuite essayé d'identifier des points communs ou des différences chez ces mères et des profils ont pu être identifiés selon des caractéristiques communes.

Voici les différents thèmes de la grille d'analyse :

- Facteurs déterminants du choix de l'allaitement : motivations des femmes à allaiter (une évidence / aucune évidence / approche négative de l'allaitement par rapport à l'expérience familiale ou autre / avantages de l'allaitement), construction d'un lien émotif plus étroit avec l'enfant (poursuite du lien pendant la grossesse, prolongement de la vie utérine / fonction apaisante et de réconfort / autonomisation de l'enfant), objectif et durée d'allaitement (6 mois, selon les recommandations de l'OMS, plus de 6 mois / limites de la marche / particularité du dernier enfant / évolution du regard sur l'allaitement au fur et à mesure que l'allaitement se prolonge).
- Quel sens donne la mère à cet allaitement : retour à la nature, animalité, instinctif, fonction nourricière.
- L'image de la mère : satisfaction, fierté, valorisation (accomplissement / reconnaissance du rôle de mère / sentiment d'auto-efficacité).

- Les transmissions familiales : modèle familial / expérience initiale d'allaitement / ou opposition et rupture avec le mode éducatif reçu / maternage proximal /éducatifs alternatives
- Le père : implication du père, son vécu de l'allaitement.
- Le sevrage, problématique différente avec l'allaitement long : sevrage / dépendance / séparation (circonstances du sevrage, professionnels impliqués dans le sevrage, motifs de l'insatisfaction du sevrage, séparation) ou liberté retrouvée.
- Les traumatismes issus de l'histoire personnelle : modalité anti-dépressive, et réparatrice.
- Sentiment de malaise avec l'âge avancé de l'enfant : crainte de sexualisation de l'allaitement / inceste.
- La rupture avec le corps médical : quel accompagnement par le corps médical / auto-information / accouchement physiologique / communautés (LL, internet, blog/militantisme).
- La société : norme sociale, pressions de la société/ closet nursing.
- Les difficultés : difficultés maternelles (manque d'information / physiques / travail / incertitude sur la quantité de lait prise, manque de soutien), liées au bébé.
- L'allaitement idéal.

3. Résultats

3.1 Echantillon étudié

L'enquêtrice recrutait les mères directement par les critères d'inclusion en demandant par téléphone leur durée d'allaitement.

Toutes les mères contactées correspondaient aux critères de recrutement. Nous n'avons eu aucun refus.

3.1.1 Age maternel

Les mères de cette étude ont entre 28 et 40 ans au moment de l'entretien. L'âge moyen est de 33,6 ans, et l'âge médian de 34 ans.

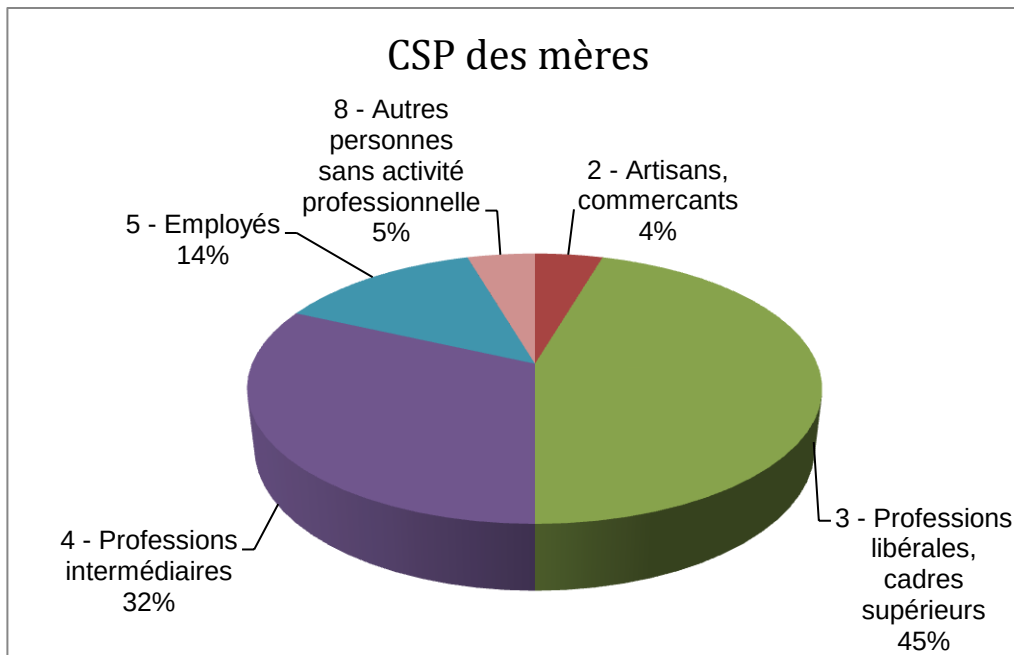
3.1.2 Lieu de résidence

Lieu de résidence	Nombre de mères
Rural (<2000 habitants)	1
Semi rural (2000-5000 habitants)	0
Urbain (5000 -10 000 habitants)	4
Semi urbain (>10 000 habitants)	17
Total	22

3.1.3 Catégories Socio-Professionnelles

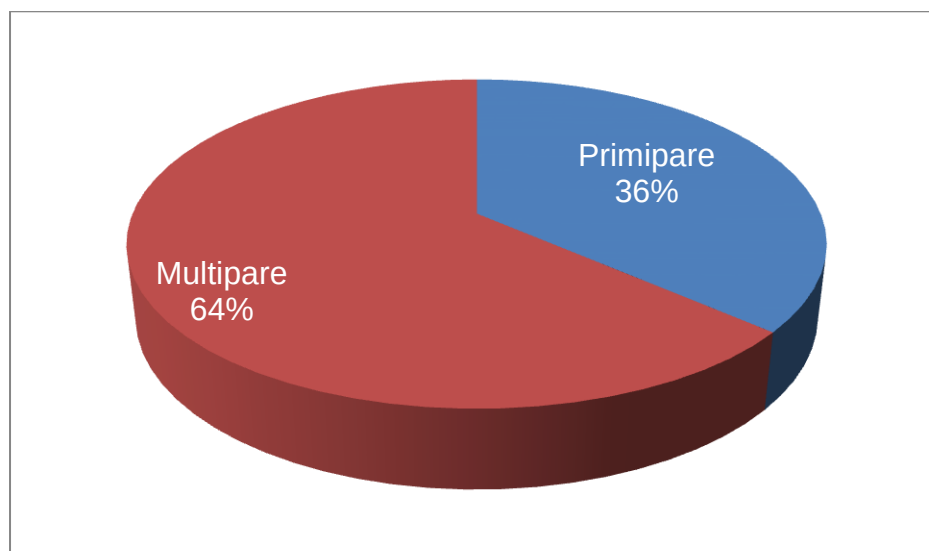
Les professions détaillées des mères sont répertoriées en Annexe.

Catégories Socio-Professionnelles (C.S.P.)	Nombre de mères	%	Références échantillon
1 – Agriculteurs	0	0%	-
2 - Artisans, commerçants	1	5%	16
3 - Professions libérales, cadres supérieurs	10	45%	1,2,6,10,13,17,18,19,20,21,
4 - Professions intermédiaires	7	32%	3,4,7,8,9,11,14
5 - Employés	3	14%	15,5,12
6 – Ouvriers	0	0%	-
8 - Autres personnes sans activité professionnelle	1	5%	22
Total	22	100%	-



A noter que deux mères sont en congés maternité ou congé parental au moment de notre étude.

3.1.4 Nombre de grossesses et sexe des enfants



Huit mères sont primipares (mères 3,4,8,12,17,19,20,22).
 Deux mères étaient enceintes au moment de l'entretien (mères 16 et 20).
 Six mères ont trois enfants (mères 1,2,6,13,14,15).
 Six mères ont deux enfants (mères 5,7,10,11,18,21).
 Une mère a quatre enfants (mère 9), une autre mère a cinq enfants (mère 16).

Parmi les enfants il y a 32 garçons et 15 filles.

3.1.5 Durées d'allaitement

Age des enfants	Durée de l'allaitement	Sexe des enfants	Nombre enfants
4ans, 16 moisx2 jumelles	6 mois puis 7 mois	F/F/F	3
5ans, 3ans 1/2, 5 mois en cours	28 mois, 3 mois, 5mois	G/G/G	3
2 ans ½	18 mois	G	1
1 an	6,5 mois	G	1
5 ans et 6 mois en cours	6,5 mois, 6 mois en cours	F/F	2
4 ans1/2 , 2 ans 1/2 , 6 mois 1/2 cours	21mois, 17 mois ,6mois en cours	G/G/G	3
3ans, 1 mois en cours	36 mois, et un mois en cours	F/F	2
8 mois	8 mois en cours	G	1
12 ans, 3ans, 7 semaines en cours	8mois, 18 mois, 7semaines en cours	G/G/G/G	4
4ans, 2 ans 1/2	16mois, 24 mois	G/F	2
4 ans 1/2 ,10 mois en cours	48 mois, 10mois en cours	G/F	2
7 mois en cours	7mois	G	1
10 ans, 4 ans, 2ans	2,5 mois, 5,5 mois , 14 mois	G/G/F	3
6 ans, 3 ans x2 jumelles	2mois, 28 mois	F/F/F	3
5 ans, 3 ans ,1 an ½	13mois, 12mois, 12mois	G/F/G	3
7ans,5ans, 4ans, 3ans, 2 ans	3mois, 15mois, 24mois,18mois, 12 mois	G/G/G/G/G	5
15 mois en cours	11 mois	G	1
2 ans, 2 mois 1/2 en cours	9mois, 2,5 mois en cours	G/G	2
15 mois en cours	15mois en cours	G	1
3 ans	24 mois	F	1
4 ans, 7 mois en cours	24 mois, 7mois en cours	G/G	2
11 mois en cours	11 mois	G	1

La durée moyenne d'allaitement de tous les enfants est de 18 mois, pour une médiane de 16 mois avec 9 allaitements en cours au moment des entretiens.

N° mère	Durée d'allaitement (en mois)	N° mère	Durée d'allaitement (en mois)
1	6,5	12	17
2	6,5	13	18
3	7	14	18
4	7	15	24
5	8	16	24
6	9	17	24
7	11	18	24
8	11	19	30
9	12	20	36
10	14	21	36
11	15	22	48

3.1.6 Situations particulières

Le co-allaitement

Trois mères (2, 7 et 11) ont pratiqué ou pratiquent le co-allaitement c'est à dire l'allaitement de plusieurs de leurs enfants en même temps.

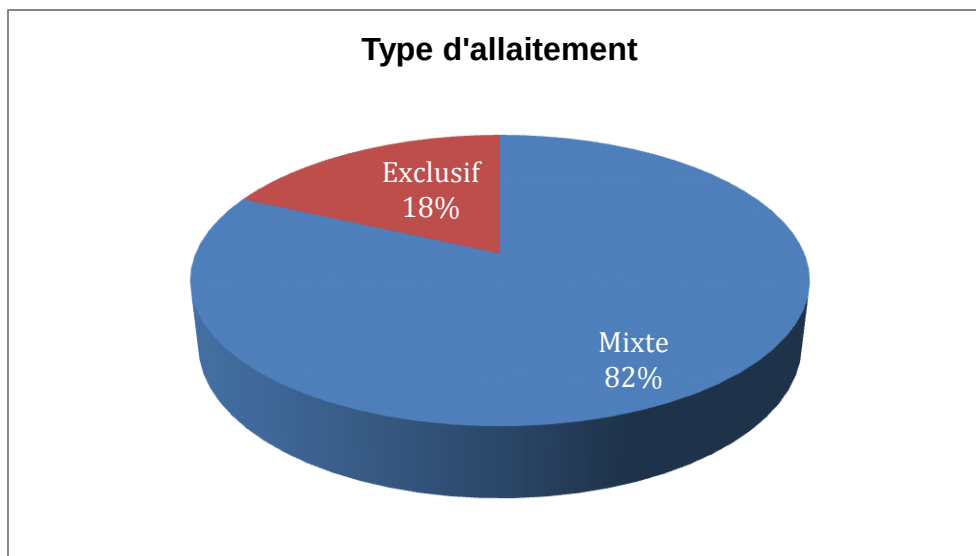
- La mère 7 pratique le co-allaitement avec sa fille de un mois et son aînée de presque 3 ans qui tétait encore de temps en temps.
- La mère 2 allaitait ses enfants en même temps jusqu'à l'âge de 2 ans et demi pour l'aîné ; le deuxième fils a tété jusqu'à presque trois ans aussi.
- La mère 11 a allaité ses deux enfants, son fils avait 4 ans et jusqu'aux 6 mois de sa fille.

Gémellarité

Deux mères (1 et 14) ont eu des jumelles :

- La mère 1 avec un co-allaitement de 7 mois.
- La mère 14 avec un co-allaitement de deux ans et demi.

3.1.7 Type d'allaitement



3.2 Les entretiens

3.2.1 Temporalité

Les 22 entretiens ont été réalisés entre le 6 novembre 2013 et le 13 décembre 2013. Les entretiens ont duré en moyenne 45 minutes. Le plus long a duré 90 minutes, le plus court 20 minutes.

3.2.2 Lieu

Presque toutes les mères (19 d'entre elles) ont préféré que l'entretien se fasse à leur domicile. Trois autres ont préféré un endroit extérieur, c'est à dire dans un restaurant ou dans un café.

3.2.3 Evocation spontanée initiale

A la même question : « est ce que vous pouvez me parler de votre allaitement depuis le début ? » les mères évoquent spontanément des sujets différents :

- Leur projet, leur désir d'allaitement et leurs motivations dans ce choix
 - o Réel désir d'allaitement avant l'accouchement pour les mères 1, 8, 9 , 13, 18, 19, 21, 22.
 - o Affirmation du choix d'un mode de vie naturel pour la mère 7.
 - o Opposition à l'allaitement avant l'accouchement pour les mères 2 et 11.
 - o Projet d'allaiter bien établi avant l'accouchement d'au moins 6 mois (pour la mère 20).
- Les difficultés de l'allaitement rencontrées : crevasses (mères 4 et 5), abcès du sein (mère 10).
- Leur accouchement :
 - o Désir d'accouchement physiologique (mère 3),
 - o Les difficultés d'accouchement (mères 15 et 17), avec notamment la difficulté de téter pour leur fils en salle d'accouchement et leur angoisse que cela perdure.
- L'histoire familiale d'allaitement :
 - o la mère 6 : son mari petit a fait un arrêt cardiaque après la prise d'un biberon de lait de vache.
 - o la mère 12 évoque d'emblée son opposition au lait en poudre et son souhait d'allaiter le maximum de temps.
 - o la mère 14 reprend sa grossesse et décrit le type de gémellarité de sa grossesse: « grossesse monozygote monochoriale monoamniotique ».
 - o la mère 16 reprend son histoire familiale et souligne l'absence de culture familiale d'allaitement et le manque d'information reçue.

4. Analyse thématique transversale

Trois profils de pratiques d'allaitement ont été mis en évidence dans ces entretiens : certaines mères appartenant clairement à l'un ou l'autre des profils, d'autres présentant des caractéristiques communes aux différents profils.

Les profils sont les suivants :

Profil 1 : L'allaitement « **relationnel** » : les mères 8, 11, 13, 15, 19

Profil 2 : L'allaitement « **naturel** » : les mères 3, 10 et 12

Profil 3 : L'allaitement « **logique** » : les mères 1, 4, 5, 16 et 18

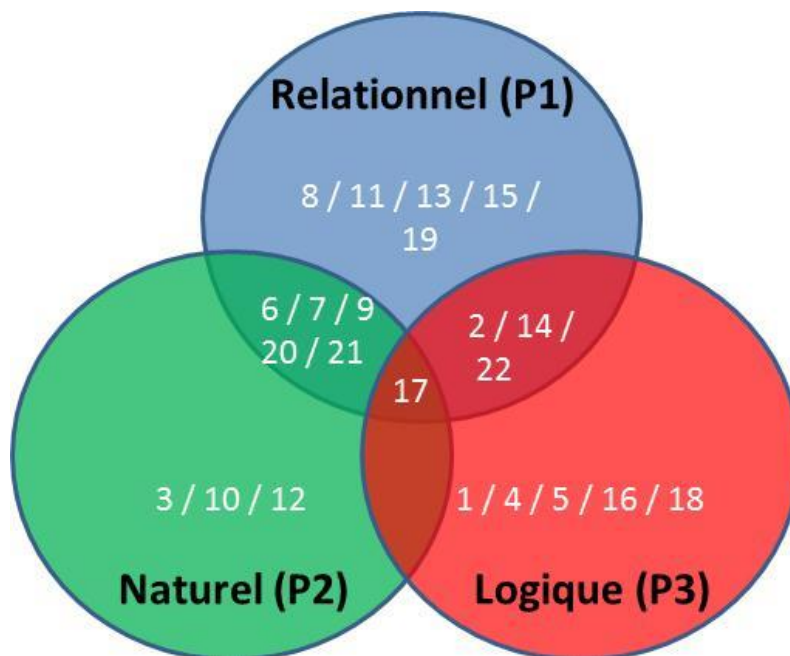
Les autres mères n'avaient pas de « profil » clairement établi, elles présentaient des aspects similaires et communs à deux ou aux trois profils :

-Profils avec des caractéristiques empruntent aux profils 1 et 2 : les mères 6,7,9,20,21.

-Profils avec des caractéristiques communes aux profils 1 et 3 : mères 2, 14 et 22.

-La *mère 17* présentait un profil regroupant les aspects des trois profils précédemment décrits.

Nous n'avons pas retrouvé de mères qui étaient dans une démarche à la fois « logique » et « naturelle ».



4.1 PROFIL 1 : l'allaitement « relationnel »

4.1.1 Rupture avec le mode éducatif reçu

Ces femmes sont en opposition par cet allaitement avec l'éducation familiale qu'elles ont reçue.

Leur discours et leurs références ne sont pas dans la continuité des expériences de leur lignée familiale. Elles s'opposent aux directives plus ou moins larvées de leur mère ou de leur belle famille et adoptent une posture de résistante.

Pour les *mères 6 et 7* elles ne reproduisent pas la même éducation qu'elles ont reçue, le maternage était différent à leur époque :

Mère 6 : « *je ne reproduis pas ce que j'ai eu comme enfance et comme éducation, on fait beaucoup plus attention aux enfants, on est plus proches d'eux* ».

Mère 7 : « *Ma mère elle dit qu'elle ne sait pas, elle a été nounou ma mère, elle se rappelle que les bébés allaités ce n'est pas toujours facile de les endormir tout ça, qu'ils ne voulaient pas la tétine, qu'ils ne voulaient pas trop le biberon(...)pour elle c'est plus compliqué ! Pour les biberons il y avait des horaires, ce n'était pas le même mode de maternage non plus, elle voit aussi que dans les relations c'est peut-être un peu différent* »

4.1.2 Contre-pied du schéma familial

Ces femmes allaitantes recherchent un équilibre dans la répartition des rôles avec le père. L'allaitement pour ces mères demande un équilibre dans la parentalité pour que chacun puisse trouver sa place et son rôle :

Mère 11 : « *c'est le papa qui faisait tout, les repas, le linge, je n'aurai jamais pu faire ça s'il m'avait collée toute la soirée, c'est un choix de couple* »

Cette mère réservait une place importante au père pour qu'il ne se sente pas exclu de cette relation d'allaitement :

Mère 15 : « *moi j'allaitais et dès que la tétée était finie, si le papa le décidait et le voulait il avait l'enfant, parce qu'il y avait aussi le côté un peu trop exclusif et fusionnel, du coup je faisais super attention à lui donner l'enfant quasiment tout de suite après.*»

4.1.3 Résistance envers la famille et les traditions

Le plus souvent ces mères ne reçoivent pas de soutien de leur mère pour leur propre allaitement.

Avec 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 leurs famille et leurs pratiques.

Cette résistance de l'entourage et de la société incite les mères à devenir militantes, et à se battre pour faire accepter leurs idées.

Pour les *mères 7, 15 et 19* leur famille a un regard très négatif sur leur allaitement qui les oblige à prendre une position offensive envers elle :

Mère 7 : « quand on allaite à la demande il y a souvent de l'hostilité (...)ma belle-mère médecin, qui avait des connaissances elle n'a pas allaité ses enfants, quand elle a vu C qui était au sein une bonne partie de la journée elle m'a dit « ce n'est pas possible elle passe son temps au sein », je voyais que cela la dérangeait »

Mère 15 : « comme il me voyait avec M. accroché au sein, il voyait bien que ça durait ! (...)c'est vrai que c'est difficile le regard de la famille mais après pour les deux autres je leur avais dit de toute façon je les allaiterai elle m'avait dit : « ah non tu ne vas pas l'allaiter il est quand même grand M. , tu ne vas pas allaiter en plus G.»

Mère 19 : « en continuant à la demande et toujours en subissant les pressions au niveau de la famille : « quoi ? Il allaite...tu l'allaites toujours la nuit, il ne fait toujours pas ses nuits ? »

Interrogations de la famille, malaise qui s'installe avec l'âge de l'enfant allaitant

Mère 21 : «quand elle a marché et qu'elle a commencé à parler, vers 15 mois, elle me disait ma mère « quand est-ce que tu arrêtes ? ».

Pour la première, elle me disait « ohlala », ma mère, quand ma fille était un peu plus grande, à un an et demi, deux ans, elle me disait en gros elle va être dégénérée. »

Ces modes de maternages mettent en valeur un manque de modèles et de transmission transgénérationnelle, les générations précédentes ayant souvent connu l'échec de l'allaitement.

Les mères 2,15 parlent de frustration de leur mère ou belle-mère de ne pas avoir allaité :

Mère 2 : «silence de désapprobation de mes parents (...) grande frustration de ma mère de ne pas avoir allaité »

Mère 15 : « pour ma belle-famille j'étais un mouton de panurge parce que j'étais influencée, parce que normalement c'est le biberon(...)c'est l'aliénation totale de la femme, on est au service de son enfant, je n'ai eu que des retombées hyper négatives. »

La mère 17 est la première dans la famille depuis plusieurs générations à allaiter son enfant, et elle s'oppose aux idées que sa mère, grand-mère, et tantes... ont voulu lui transmettre : elle souligne l'incapacité de sa mère à la soutenir dans son allaitement, qu'elle explique par l'absence de transmission familiale de l'allaitement.

Mère 17 :« Moi je n'ai pas été allaitée, parce que ma maman, c'était aussi une question générationnelle, à l'époque on leur disait que leur lait n'était pas bon, que le lait artificiel était tout aussi bon sinon mieux pour notre bébé.(...)elle m'a dit qu'elle n'était pas une chèvre »

Elle ajoute également que l'allaitement au biberon serait un équivalent de« poison » :« je ne l'ai pas empoisonné, contrairement à ce qu'ont fait ma mère, ma belle-mère».

La mère 21 met en évidence l'absence de transmission dans sa famille et le manque d'information concernant l'allaitement à l'époque de sa mère :

Mère 21 : «C'est vrai que ma mère ne m'a pas du tout allaitée, elle fait partie de cette génération où les femmes n'allaitaient pas, et ça ne se faisait pas (...) Ils ne savaient pas, ma belle-mère me disait aussi : « tu ne le pèses pas avant et après ? » et aussi « oui moi j'ai allaité juste ton frère, ça me dégoûtait j'avais du lait qui coulait ,(...) j'avais l'impression d'être une vache ».

4.1.4 Nouvelles parentalités, nouveaux modes de maternage

Cette rupture avec le modèle éducatif reçu souligne des spécificités de maternage.

Depuis plusieurs années, sont apparus des nouveaux modes de maternage, notamment le maternage dit « proximal » ou « intensif ».

Le maternage (74) est « l'art de s'occuper de son bébé », donc l'ensemble des gestes et attitudes qu'une mère adopte vis-à-vis de son nourrisson.

Le maternage proximal, une interaction exclusive avec l'enfant

Ces mamans recherchent une relation très particulière avec le bébé par ce maternage proximal afin de répondre exclusivement aux besoins de l'enfant.

Mère 20 : « on répond aux besoins de l'enfant quand il le demande (...) on répondra toujours à ses besoins quand il le demandera (...) on s'adapte, quand il est tout bébé et qu'il a faim, c'est maintenant, quand il dit qu'il a soif c'est maintenant, quand il dit qu'il a trop chaud c'est maintenant »

La mère 19 souligne les différences de maternage en France et défend les valeurs de la LL :

Mère 19 : « Il y a vraiment je trouve un petit combat à mener entre toutes les idées classiques culturelles en tout cas de maternage en France, et finalement la LL qualifiée parfois de secte. Quelque part je comprends un peu pourquoi, même si finalement c'est plein de bon sens et c'est revenir à des choses plus proches, à des choses plus naturelles et un mode de maternage proximal, plus proche. »

Pour les mères 3, 11 et 12 : l'allaitement leur permet d'être dans une interaction permanente avec l'enfant.

Ces mères évoquent également le maternage de proximité comme facteur important de la réussite de leur allaitement.

Mère 3 : « ma mère était même épatée que M reste autant dans notre vie quotidienne c'était interactif il vivait avec nous. »

Mère 11 : « oui ce n'est pas possible si le papa ne le partage pas, ce n'est pas que l'allaitement, c'est tout ce qu'il y a autour, c'est la relation entre le bébé et puis plus tard l'enfant et la mère, et le cododo, si on a mis en place le cododo c'était pour l'allaitement. »

Certaines de ces mères ont adopté un allaitement à la demande dans une volonté de disponibilité permanente, y compris la nuit par le « cododo » par exemple, et grâce au portage. Ces mères donnent le sein sans compter, quand elles sont disponibles :

Mère 8 : « il a compris ça l'allaitement à la demande. Je m'installais avec mon espace de vie. Je passais ma journée ici il tétait tout le temps mais peu à peu j'ai pu avoir une demie heure entre deux tétées »

Mère 17 : « quand on allaite, quand on est maman on est à 120%, quand vous allaitez c'est toutes les heures, toutes les demies heures au début »

Le Portage

Le terme « **portage d'enfants** » fait référence aux techniques permettant de porter les enfants de telle sorte qu'il y ait un contact physique étroit entre le porteur et celui-ci (189).

Mère 11 : « et du coup la sieste l'endormissement c'était soit au sein, soit en écharpe, on l'avait tout le temps en écharpe, il n'avait pas l'habitude de s'endormir dans un lit »

Le Cododo

Il peut être défini **(42)(73)** comme le fait de dormir directement en contact avec une autre personne, ou assez proche d'elle, de façon à recevoir, répondre à ou échanger des stimuli sensoriels comme les sons, le toucher, le mouvement, la vision, des stimuli olfactifs ou la température.

Le cododo pour ces mères est une technique qui leur semble très pratique, elles dorment ainsi aux côtés de leur enfant et l'allaitent ainsi la nuit plus simplement :

Mère 7 : « je suis un peu paresseuse, la nuit, je pense, me lever préparer un biberon et tout pfff non hop le bébé dans le lit, c'est pratique au chaud dans le lit avec maman »

Mère 21 : « j'ai l'impression que c'est plutôt reposant, parce que nous on fait du cododo, voilà je pense que cela permet de ne pas être trop fatigué »

Mère 11 : « le cododo si on a mis en place le cododo c'était pour l'allaitement. »

L'allaitement comme révélateur de l'identité maternelle, période de découverte de nouveaux modes de maternages et de communication

Pour la mère 19, l'allaitement a été sa ligne de conduite dans l'éducation de son enfant : « ça a vraiment été mon guide, pour après quand le bébé n'est plus un bébé en tant que tel et qu'il se déplace et qu'il commence à se mettre debout, c'est l'allaitement qui a été ma ligne de conduite (...) forger ma manière d'élever mon enfant dans la suite, je me suis vraiment reconnue dans ce mode de fonctionnement ».

Elles sont en quête d'une nouvelle identité, l'allaitement met en valeur un besoin d'affirmation de la mère. Pour les mères 13 et 19 : l'allaitement leur a ouvert le champ de techniques de communication bienveillantes :

Mère 13 : « je me suis formée à pas mal de techniques de communication bienveillantes non violentes dans la sphère familiale ou dans l'entreprise »

Mère 19 : « finalement c'est plein de bon sens et c'est revenir à des choses plus proches, à des choses plus naturelles et un mode de maternage proximal, plus proche.

Après j'ai lu pas mal de choses et j'essaye de mieux comprendre dans quelle société on vit, dans quelle culture on vit, par rapport à d'autres modes de fonctionnement aussi. (...) j'adore vraiment cette proximité que crée l'allaitement et après aussi le portage et puis après au fil des lectures aussi dans des modes de communication avec l'enfant. Tout est parti de l'allaitement, et là aujourd'hui je suis en train de suivre une formation Faber et Masslich(...) C'est plein de modes de fonctionnement, de modes de communication pour qu'il y ait plus d'harmonie au sein de la famille, (...) ce sont des modes de communication qui se retrouvent même dans le cadre professionnel, pour réussir à communiquer, à se comprendre, à faire preuve d'empathie. Tout ça je trouve que ça m'a vraiment été induit par l'allaitement, et par les réunions LL. (...) l'allaitement m'a vraiment positionnée dans un mode de maternage qui m'a parlé et qui m'a aussi aidée à me comprendre moi, en tant que maman, en tant qu'enfant avec mes relations avec mes parents aussi, (...) avec l'allaitement je me sens vraiment bien dans mon rôle de maman, bien dans mon rôle de femme aussi, ça m'a vraiment ouvert les yeux sur plein de choses, et je trouve ça génial. »

L'allaitement est parfois l'occasion d'une remise en question personnelle intense, et certaines mères n'hésitent pas à faire une parenthèse dans leur carrière professionnelle pour s'occuper de leurs enfants, ou faire une réorientation professionnelle. Certaines s'orientent vers une profession en adéquation avec leur mode de maternage:

Mère 13 : « *j'étais rendue à un point où j'étais complètement déconnectée de mes valeurs, j'avais envie de mener des choses autrement, donc j'ai fait un bilan de compétences, j'avais envie plutôt de me rapprocher de l'accompagnement de personnes, de structures»*
La notion de parents éducateurs m'intéresse beaucoup. (...) je me suis formée à pas mal de techniques de communication bienveillantes non violentes, alors soit dans la sphère familiale, mais aussi au sens large j'aimerais bien pouvoir proposer un accompagnement d'équipe soit dans des structures qui ont à travailler avec les enfants, avec les familles, soit directement auprès des parents. »

4.1.5 Contre-pied d'un modèle sociétal prônant la séparation

Pour les mères 16 et 17, la relation très fusionnelle et exclusive apportée par l'allaitement et par ce maternage proximal, permet à l'enfant de se séparer plus facilement de la mère quand il est plus grand et favorise son autonomisation.

Mère 16 : « *ce qui a été difficile ça été de prendre du temps, mais ce temps-là c'est vraiment du temps de gagner pour la séparation mère – enfant, je n'ai jamais eu aucun problème quand j'ai confié mes enfants (...) ce lien fort, qu'on entretient vraiment dans la toute petite enfance entre autre par l'allaitement, et bien après ça leur donne des ailes. (...) Curieusement c'est le premier qui a été très peu allaité qui a eu le plus de mal à me lâcher, alors que les autres ça s'est fait sans souci. »*

Mère 17 : « *Non, ça l'a rendu très autonome je crois d'avoir le droit d'être tout le temps contre moi, et le jour où il a été rassasié il est parti tout simplement. (...) je m'étais fixée un an parce que j'avais l'impression qu'à un an il y a une sorte de confiance, je l'ai allaité et à partir de là je sais qu'il peut affronter le monde.»*

4.1.6 Opposition aux normes et aux injonctions de la société

Pour ces mères il faut résister aux pressions de la société et aux normes sociales. La mère 7 rêverait d'une société qui laisserait libres les femmes d'allaiter n'importe où :

Mère 7 : « en Suède c'est bien vu, on peut changer son bébé n'importe où, on peut l'allaiter on n'a pas l'air d'une mère bizarre »

Certaines vivent mal le regard de la société qui les perçoit comme marginales :

Mère 7 « des regards un peu bizarres "elle a l'air un peu grande elle a des dents? Je n'engageais pas la conversation j'en avais pas envie »
(...)on aimerait plus de soutien et de bienveillance surtout quand l'allaitement dure, de pouvoir aller ou chez médecin ou à la crèche et de pouvoir dire j'ai un enfant d'un an et demi que j'allaiter et de ne pas se sentir comme quelqu'un de bizarre, que ça puisse être respecté et non jugé »

Mère 8 : « le poids de la société, devoir se justifier tout le temps, c'est lourd de se faire passer pour une marginale , quand on me dit « jusqu'à quel âge ? », je dis je ne sais pas, et pourquoi pas? ».

Pour d'autres mères, cette société fait culpabiliser les mères de poursuivre au-delà de la « norme » l'allaitement quant à sa durée ou ses pratiques :

Mère 8 : « réflexions du genre est ce que ce n'est pas plutôt toi qui veux continuer d'allaiter?, sous-entendu c'est égoïste de vouloir continuer. »

Mère 14 : « tu te rends compte tu allaites encore !(...)Oui encourager, pourquoi tout de suite dire au bout de deux ans il faut arrêter, pourquoi il faut arrêter, c'est notre choix. »

Mère 15 : « s'il est toujours accroché au sein et qu'il ne grossit pas c'est parce qu'il n'est pas assez nourrissant, tu devrais faire autre chose », voilà et ça c'est pénible, c'est vraiment pénible. »

La mère 17 découvre le « paradoxe » de l'allaitement long lors de sa première grossesse, elle n'avait pas conscience du questionnement soulevé par cet allaitement qui était pour elle une évidence pendant sa grossesse :

Mère 17 : « j'ai commencé à prendre conscience qu'il y avait un problème d'allaitement, j'en avais pas du tout conscience avant d'être enceinte(...)C'était comme si on me demandait « le bébé vous, vous le porterez dans votre ventre, ou vous voulez qu'on vous donne un ventre artificiel ? », pour moi c'était aussi absurde de ne pas allaiter. »

Elle n'écoutait que son instinct maternel sans se soucier des avis extérieurs :

Mère 14 : « Qu'elles n'écoutent personne d'autre, qu'elles s'écoutent plus voilà, on dit merde, on fait ce qu'on veut point. Merde voilà, regardez chez vous avant de regarder les autres »

Pour d'autres mères il faut se mettre dans une posture de résistante pour affronter le regard de la société :

Mère 19 : « il faut toujours un peu résister aux pressions de la société qui dit « ah tu lui donnes le sein ? Pas toutes les 4 heures et tout ?(...)il faut en parler plus pour justement rendre cette pratique pas aussi anormale qu'elle l'est aujourd'hui.(...)il y a un chemin énorme à parcourir pour accepter cette pratique(...)j'aime bien ce que la LL dit : c'est de l'ordre de l'intime, finalement il ne faut pas forcément le dire ouvertement, après je me dis oui sauf que finalement ne pas le dire ouvertement ce n'est pas habituer les gens à ça. »

Mère 22 : «l'allaitement c'est un vrai choix, il faut être solide pour pouvoir le faire c'est lorsque l'on rencontre des difficultés à mon avis que l'entourage est plus gênant. »

4.1.7 Réparation d'un manque issu de l'histoire familiale ou d'un traumatisme de l'accouchement

Différentes expériences de vie difficiles sont abordées par les mères dans les entretiens spontanément.

La mère 6 évoque l'arrêt cardiaque de son mari quand il était nourrisson, secondaire à une allergie aux protéines de lait de vache ce qui renforce le besoin d'allaitement pour cette mère, qui devenait alors « vital » pour ses propres enfants. La maman exprime beaucoup d'angoisse à travers cet allaitement.

Mère 6 : « il y a dans la famille une histoire d'allergie aux protéines de lait de vache (...) sa maman l'allaitait et à deux mois et demi il a pris un biberon de lait de vache parce qu'il n'y avait pas encore de lait en poudre et il a fait un arrêt cardiaque. (...) et du coup pour moi ce n'était pas possible que l'allaitement ne fonctionne pas, il fallait que ça marche ».

La mère 13 parle d'une « hérédité de la peur » familiale autour de l'allaitement :

Mère 13 : « hérédité de la peur autour de l'allaitement, ma mère a failli mourir de faim elle n'arrivait pas à téter, mais moi malgré cela je n'ai pas eu peur d'allaiter. »

Un sentiment de frustration affective est aussi rapporté par une maman au cours de son enfance :

Mère 5 :« Parce qu'elle est beaucoup plus âgée, elle m'a fait à 37 ans, je trouve que c'est tard pour faire des enfants, en fait je pense que je n'ai pas été désirée, je ne lui ai jamais demandé mais c'est ce que je pense. Je trouve qu'il y avait une génération d'écart, on n'était pas proches du tout et maintenant que je suis devenue grande(...)on s'est vachement rapprochées et depuis que j'ai les filles encore plus. »

Contexte de cancer du sein chez la mère de la maman 17 :le cancer de sa mère a un lien avec son non-allaitement de l'époque, « les montées de lait n'auraient pas été bloquées par des traitements ».

Mère 17 : « ma mère a développé un cancer extrêmement grave, un cancer du sein qui est un cancer exceptionnel qui ne rentrait pas dans la norme, on lui a tout de suite dit « si votre fille a un bébé, qu'elle allaite le plus longtemps possible, au moins six mois », dès le départ on lui avait dit qu'elle avait développé une tumeur cancéreuse parce qu'on ne lui avait pas du tout

vidé ses seins, on ne lui avait pas donné de médicaments pour arrêter la montée de lait à l'époque ».

Expériences maternelles antérieures difficiles

- Grossesses difficiles :

Mère 13 : « on est allé à la réunion organisée par le réseau « bien naître », sur le thème accoucher sans péridurale », et deux jours après je faisais une rupture de la poche des eaux c'était quand même un peu dur... », (...)pour le premier ce n'était pas intuitif et pour la dernière j'avais tout à donner de toute façon j'avais tellement eu la sensation de ne pas avoir eu ce truc de fusion, elle a dormi à côté de nous ».

- Accouchements difficiles et mal vécus :

La mère 13 a eu son troisième enfant qui est né prématurément par césarienne suite à une infection :

Mère 13 ; « hospitalisée à 28 SA, j'avais une espèce de couperet au-dessus de la tête , il fallait tenir le maximum je savais que si mon enfant naissait en vie , elle serait hospitalisée en réa. » (...) « ma question ça a été de savoir si malgré la pathologie, je pourrai accoucher naturellement et la mise au sein comme ça se passait avec un tout petit prématuré. Il se trouve qu'elle est arrivée à 34 SA en urgence par césarienne, il y avait un début d'infection ».

Pour une autre mère la péridurale n'avait pas fonctionné :

Mère 18 : « Le deuxième c'était encore pire l'accouchement, je me suis vue comme la femme préhistorique dans les bois, je l'ai fait à l'ancienne parce que je n'ai pas eu de péridurale ni rien ».

Pour une autre maman son premier accouchement reste un souvenir traumatisant : cette femme a eu une péridurale qui n'était pas son souhait initial, et pour elle l'anesthésie a été trop forte et l'a empêchée de vivre pleinement son accouchement :

Mère 11 : « je ne tenais vraiment plus donc j'ai demandé la péridurale, et puis le temps que l'anesthésiste arrive voilà, j'avais vraiment des contractions très, très violentes, j'ai eu ma péridurale, et ça m'a tout stoppé, je n'avais plus de contractions, je ne sentais plus rien, et du coup les dernières heures ont été vraiment fastidieuses, donc j'avais vraiment un mauvais souvenir de la péridurale. » (...) la sage-femme ne m'a pas remesurée le col avant la péridurale, je trouve quand même que ça c'est une erreur »

Aussi elle était porteuse du streptocoque, son bébé a donc nécessité des bilans complémentaires et pour cette mère il y a eu une erreur médicale :

« J'étais porteuse du streptocoque, j'aurai dû avoir des antibiotiques. Je ne les ai pas eus au moment d'arriver à la clinique, (...)mon bébé a eu un prélèvement gastrique, et puis prise de sang (...) mais bon du coup ça été traumatisant, le premier jour pour moi, pour le papa, et pour le bébé d'avoir des antibiotiques dès la naissance »

- Allaitements antérieurs :

Cette mère a eu un premier allaitement difficile :

Mère 16 : « l'aîné je l'ai allaité trois mois et ça été trois mois de galère pas possible, des crevasses, un jour il a vomi du sang et en fait c'est que j'avais tellement de crevasses qu'il avalait du lait rouge, donc n'importe quoi ».

4.1.8 Revendication de leur identité de mère

Par cet allaitement long elles revendiquent leur statut de mère, et leur rôle de mère est valorisé.

Accomplissement :

Pour certaines mères l'allaitement était un défi à réaliser et à relever en particulier pour les mères 1 et 14 mamans de jumelles :

Mère 1 : « challenge d'allaiter des jumelles »

Mère 14 : « vous me donnez mon coussin d'allaitement moi je fais mon truc toute seule, j'étais fière de moi ».

Valorisation du rôle de mère, besoin de reconnaissance :

Cette mère se sent valorisée dans ce rôle de maman et ressent beaucoup de fierté :

Mère 5 « les médecins sont fiers que j'allaites longtemps et je suis fière qu'ils soient fiers en plus c'est pour ça que je veux allaiter longtemps, c'est idiot, ça me valorise aussi, même à la pharmacie je suis contente de voir que ça leur fait plaisir, ça me fait un bien fou ».

Confiance en soi, satisfaction :

Pour les mères 3 et 10, le bien être de leur enfant que l'allaitement leur procure les rassure beaucoup :

Mère 3 « c'est agréable car ça enlevait un poids de se dire est ce qu'il mange assez ? »

Mère 10 : « quand je les voyais repus qu'ils s'endormaient au sein je me disais c'est bon, c'est ça. »

Cette mère souligne le besoin d'autonomie et de liberté contrastant avec une pression majeure de l'entourage :

Mère 15 : « j'ai trouvé ça justement bien d'être peu encadrée parce que du coup je pouvais faire ce que je voulais »

4.1.9 Allaitement dissimulé

Certaines mères préfèrent cacher leur allaitement à leur entourage, aux professionnels de santé, à la société.

Passés les premiers mois de l'allaitement elles passent leur allaitement sous silence, pour éviter le regard des autres ou des réflexions blessantes nécessitant de justifier cette pratique :

Mère 11 : « après les conseils de la puéricultrice nous on avait rien changé à la maison, on le portait toujours en écharpe il s'endormait toujours au sein (...)moi je ne le disais pas que E. tétait jusqu'à 4 ans, quand le pédiatre m'a demandé un jour il est nourrit de quoi ? E avait plus de 3 ans, et que je lui ai dit qu'il tétait encore il m'a dit c'est quoi votre association "peut téter à tout âge ? ", et je ne lui disais plus ensuite qu'il tétait encore , même à tous les professionnels jamais j'ai dit que j'étais en co-allaitement et que mon grand de 4 ans tétait , j'ai arrêté de le dire des 3 ans en fait (...) dans l'entourage, famille, amis, personne ne le savait (...) nous on a caché des choses on n'a pas dit qu'il dormait avec nous, je leur disais qu'il avait arrêté , il y a des petits mensonges pour avoir la paix et puis les gens ne comprennent pas on avait plutôt tendance à dire aux gens ce qu'ils avaient envie d'entendre »

Mère 19 : « j'aime bien ce que la LL dit : c'est de l'ordre de l'intime, finalement il ne faut pas forcément le dire ouvertement, après je me dis oui sauf que finalement ne pas le dire ouvertement ce n'est pas habituer les gens à ça. Donc le cacher ça permet de le vivre plus tranquillement, mais ça ne permet pas de faire évoluer les mentalités et les choses.(...)Ça a fait que j'ai adopté un pour ne pas avoir de moments de gêne comme ça dans un restaurant ou un lieu public, c'est d'utiliser un petit mot de passe avec l'enfant(...) il appelle ça « nana ».Quand il demande nana nana, pour les gens que je ne connais pas trop ou à qui je n'ai pas envie de leur parler d'allaitement, c'est le petit truc entre nous, je m'isole, je vais dans une pièce à coté, on est tranquilles. »

4.2 PROFIL 2 : L'allaitement « naturel »

Comme pratique de santé, donner le sein pour ces femmes fait 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.

4.2.1 L'allaitement dans un mode de vie « naturel »

Le penchant pour le naturel est devenu un choix éducatif. A ce credo du respect de l'enfant s'ajoute celui du respect de l'environnement, et de l'indispensable préservation de la planète, l'allaitement devient aussi une démarche citoyenne et écologique. Les maternantes deviennent des mamans « nature ».

Deux mères soulignent que leur allaitement constitue un mode de vie naturel à part entière et leur donnant du sens :

Mère 7 : *« j'aime le mode de vie naturel. J'ai lu un livre sur l'allaitement, un livre classique avec le schéma du sein, comment ça se passe mécaniquement, moi je sais que ça marche donc ça ne m'intéressait pas plus que ça, après ça me paraissait naturel, simple et les marques de lait en poudre et tout, pff, pourquoi leur donner ça si on a du lait ? »*

Cette autre mère décrit aussi cette démarche « naturelle » personnelle d'allaiter malgré l'abcès d'un sein pendant son allaitement :

Mère 10 : *« ce n'est pas naturel de donner un biberon, enfin un biberon autre que le lait maternel, c'était un choix. Je ne me suis jamais posée la question est ce que je donne le sein ou le biberon ? C'était inné.(...)c'était tellement naturel de donner le sein, que je ne me suis jamais dit : je ne vais pas avoir de lait, comment ça va se passer ?(...)c'était dans ma démarche personnelle on est très médecine naturelle, homéopathie et je pense que ça va un peu avec. Ça allait de soi. »*

Elle n'avait aucune gêne à allaiter à l'extérieur :

« J'étais à l'aise partout, je sortais mon sein ça ne me dérangeait pas je m'en fichais ; quand on est naturelle avec les autres il n'y a pas de raison pour que ça se passe mal ».

4.2.2 Pas un choix mais une évidence pour la santé

Pour la santé de l'enfant

Mère 7 : *« il m'a dit l'allaitement ça l'a sauvée, c'est vrai quand elle était malade j'étais rassurée de l'allaiter ».*

Mère 12 : *je le fais pour sa santé, son bien-être et aussi pour le mien ça fait perdre beaucoup de poids très très vite ».*

Mère 22 : *« L'alimentation oui c'est primordial mais en même temps je suis la mieux placée pour l'alimenter, je suis convaincue aussi que c'est meilleur pour eux, pour leur santé, et puis ils ont différents goûts, le lait en poudre a toujours le même goût, ça ne sent vraiment pas bon ».*

Pour cette mère le lait maternel est la meilleure nourriture qu'on puisse apporter à son enfant, le reste étant un équivalent de « poison » :

Mère 17 : « je ne l'ai pas empoisonné, contrairement à ce qu'ont fait ma mère, ma belle-mère (...) je n'avais pas eu à faire le choix d'un lait, d'un légume, il partait bien dans la vie, c'était vraiment extraordinaire c'était un soulagement ».

Pour son immunité

Plusieurs mères soulignent l'effet protecteur de l'allaitement contre les maladies infectieuses :

Mère 13 : « je m'étais dit j'aimerai bien l'allaiter sa première année pour lui apporter le maximum la protéger aussi et développer son immunité il faut passer l'hiver et on verra sur ses un an ».

Mère 15 : « ce sont des petits gabarits bien rondouillards, bien charpentés, les trois sont pareils et quand je vois un enfant souvent je peux dire si c'est un enfant qui a été nourri au sein, ils sont ronds ils ont des bonnes joues, et moi les miens n'ont jamais été malades. (...)Mais je les ai trouvés beaucoup plus robustes. »

Pour combattre l'eczéma et les allergies

Deux mères soulignent aussi les bienfaits de leur lait comme protecteur vis à vis de l'eczéma. Même avec les difficultés des abcès au sein, cette maman (mère 10) poursuit son choix d'allaiter pour combattre aussi l'eczéma du bébé.

Mère 10 : « c'était tellement naturel de donner le sein il avait beaucoup d'eczéma et même avec l'abcès je ne voulais pas passer aux biberons »

Mère 17 : « Il y avait vraiment une pression du côté du beau-père parce qu'il y a un lien direct entre l'allaitement et l'eczéma, enfin le non allaitement et l'eczéma ou les allergies de mon côté. Nous on a souffert de ne pas avoir été allaités (..)on voit très bien ceux qui ont été allaités ont une santé de fer et les autres auront des allergies, mon mari a été traité très longtemps pour son eczéma »

Pour la santé de la mère

Cette maman note la perte de poids importante suite à son allaitement :

Mère 12 : «je le fais pour sa santé, son bien-être et aussi pour le mien ça fait perdre beaucoup de poids très très vite (...) je fais 5 kilos de moins qu'avant la grossesse. Ce n'était pas du tout mon objectif. »

4.2.3 Une affirmation contre l'industrie alimentaire et les laboratoires pharmaceutiques

Contre le lait de vache et l'industrie alimentaire, contre le biberon

Les mères 6,9,10,12,20 et 21 s'affirment contre l'industrie alimentaire et pharmaceutique. Elles expriment leur méfiance quant à la composition du lait en poudre, huile de palme, et laits de croissance...

Mère 6 : « leur donner du lait de vache trafiqué industriellement avec de l'huile de palme des arômes et des merdes dedans je ne peux pas ce n'est pas possible ».

Mère 9 : « le lait ne m'inspirait pas c'était un lait spécial pour allergie qui sentait les pieds, aucune envie de lui donner ce lait qui sentait mauvais(...)il y avait de l'huile de palme dans le lait et c'est vrai que je ne serai pas confiante. On est un peu phobique. (...)au moins mon lait je sais ce que je mange, je ne serai pas très confiante dans les laits en poudre. »

Mère 10 : « de toute façon le lait maternisé je suis contre, oui je suis un peu extrémiste, mais moi je n'en voulais pas. »

Mère 20 : « le lait en poudre quand je vois la composition, les « trafiquages » qu'il y a eu, je ne vois pas comment ça peut être meilleur que mon lait. Surtout que c'est ma fille donc génétiquement voilà j'imagine qu'il doit y avoir un lien, on doit être à peu près en osmose entre la composition de mon lait, ce que je mange, ce dont elle a besoin, on a doit être à peu près en phase aussi donc voilà c'était juste évident. »

Mère 21 : « on mange des produits issus de l'agriculture biologique donc je ne me voyais pas donner du lait de vache »

La mère 6 s'oppose aux laboratoires et aux lobbyings pharmaceutiques :

Mère 6 : « le médecin qui écrit la marque du lait à utiliser ça ce sont des choses qui me choquent. »

Les mères 7 et 10 préfèrent introduire après le sevrage le lait d'amande plutôt que lait de vache industriel :

Mère 7 : « Non elle n'a jamais pris de biberons(...)Non, mon lait c'est au sein. Le lait d'amande un peu dans le biberon, non pas grand-chose.

La mère doit être la seule source de lait :

Pour les mères 16 et 17 leurs enfants n'ont plus besoin de lait après leur allaitement, la mère est conçue comme la seule source de lait.

Mère 16 : « on est 7 à la maison, nous utilisons deux litres de lait par semaine. Donc vraiment l'apport en lait est très minime(...)je m'étais dit quand même pour les bienfaits de l'allaitement pour le nourrisson les bienfaits sont quand même reconnus plus que Guigoz »

Mère 7 : « Oui elle mangeait un petit peu, mais boire d'autre lait ou mon lait au biberon, non (...)Pourquoi leur donner du lait si on a du lait ? »

4.2.4 Les médecines et éducations alternatives

Accouchement physiologique

Accouchement naturel : la plupart de ces mères qui adoptent un mode de vie « naturel » souhaitent en premier lieu un accouchement physiologique sans péridurale, le moins médicalisé possible.

Projet de naissance d'accouchement naturel

Parfois ces mères ont réalisé une préparation à la naissance par l'**haptonomie**.

L'haptonomie (80) aussi appelée "science de l'affectivité", a été mise au point par un médecin autrichien, Frans Veldmann. Cet accompagnement à la naissance est basé sur l'établissement d'une relation affective entre la mère, le bébé et le père avant la naissance. Les parents communiquent avec leur enfant grâce à un contact physique créé au niveau du ventre de la maman.

La plupart de ces femmes sont heureuses lorsque ce projet de naissance d'accouchement naturel a pu être réalisé, d'autres minoritaires regrettent ce moment qu'elles n'imaginaient pas aussi douloureux :

- tantôt heureuses et fières de l'accomplissement de leur projet

Pour cette mère son accouchement est le reflet de son mode de vie « naturel », elle le souhaitait « sans produit chimique », et dans la position la plus « naturelle » et physiologique possible :

Mère 7 : « *je souhaitais un accouchement naturel, physiologique (...) l'accouchement a été sans péridurale, naturel, accouchement sur le côté (...) pas de produit chimique (...) je suis allée dans la baignoire c'était mon rêve d'aller dans la baignoire... je me suis mise sur le côté j'avais vu ça en yoga avec la SF* ».

Deux mères soulignent aussi la nécessité d'une certaine « préparation mentale » pour évoluer vers l'idée d'un accouchement sans péridurale, cela nécessite une réelle volonté et affirmation de la mère afin de rester sur sa position le jour de l'accouchement :

Mère 12 : « *ça demande de la préparation d'être sûre, ce n'est pas à la dernière minute qu'on peut dire ah en fait j'en veux bien une, c'est non je n'en veux pas, je veux avoir prévu que je vais le faire, parce que si c'était sorti de mon cadre je me suis dit que j'allais trouver cela hyper violent* »

Mère 10 : « *j'aurai eu une péridurale je m'en serai voulue de me dire "tu n'as pas tenue" j'étais fière de ne pas en avoir eue* »

Les mères 12 et 16 notent la récupération physique rapide après un accouchement naturel.

Pour cette mère l'accouchement naturel lui a permis de retrouver son corps « en forme » dès le lendemain :

Mère 12 : « accouchement rêvé, je m'étais bien préparée, aqua gym yoga prénatal , et l'accouchement naturel super j'étais en pleine forme le lendemain parfait, le rêve ! »

Mère 16 : « les suivants sans péridurale c'était plus simple en fait. Je suis sur pieds 12 heures plus tard, je peux rentrer chez moi et tout va bien. »

Pour cette autre mère qui a accouché par césarienne d'un bébé prématuré l'accouchement a été traumatisant parce qu'il n'a pu aboutir à cet accouchement qu'ils rêvaient le plus « naturel » possible, après une préparation d'haptonomie :

Mère 13 : « troisième grossesse je l'ai faite dans l'idée et le projet d'avoir un accouchement naturel sans péridurale, le moins médicalisé possible, avec un projet de naissance associant encore d'avantage le papa, de l'haptonomie et tout l'opposé s'est passé ! »

Une autre mère avait également préparé son accouchement par haptonomie et a pu bénéficier **d'un retour précoce à domicile (PRADO)** :

Le PRADO est le retour précoce à domicile après l'accouchement (59). Une sortie précoce est définie comme toute sortie de maternité au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse, et au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne.

Mère 21 : « je voulais un accouchement physiologique, c'est un ensemble de choses. J'étais avec mon mari, on avait fait de l'haptonomie comme préparation et on nous a laissé faire à notre sauce, je ne voulais pas de péridurale (...)j'ai demandé un retour précoce à domicile, ça s'appelle le PRADO »

Cette autre mère ne voulait pas d'accouchement « surmédicalisé », « dirigé par le corps médical ». Elle avait fait le souhait d'« accoucher sur un tabouret », l'accouchement vertical étant plus naturel pour elle, mais cela n'a pas pu aboutir...

Mère 20 : « ma réflexion c'était autour de l'accouchement,(...) le tout branché de partout d'être dépossédée de ce moment-là, on est juste là pour écarter les jambes et faire ce qu'on dit au moment où on nous dit de le faire, pour moi c'était une aberration, on a besoin d'être accompagnée (...)mais pour moi c'était beaucoup trop dirigé. On va d'abord laisser faire la nature entre guillemets, et si effectivement ça ne va pas, là on fera appel à la médecine (...)Je voulais un accouchement naturel, sur le dos je trouvais que ce n'était pas physiologique. »

- tantôt traumatisées par ce souvenir de l'accouchement sans péridurale qu'elles n'avaient pas souhaité :

Mère 18 : « Le deuxième accouchement c'était encore pire, je me suis vue comme la femme préhistorique dans les bois, je l'ai fait à l'ancienne parce que je n'ai pas eu le temps d'avoir de péridurale ni rien. »

Pratiques alternatives qui s'adaptent aux rythmes du bébé

Exemple de la diversification autonome

Une maman a mis en pratique la « diversification autonome » appelée aussi diversification menée par l'enfant(43).Par cette technique l'enfant découvre à son

propre rythme les aliments, selon ses envies. Cette approche permet à l'enfant de mener lui-même sa diversification, l'introduction de la diversification alimentaire est laissée à l'initiative du bébé.

Mère 20 : «La diversification autonome (...)c'est à dire que c'est lui qui participe à tous les repas, vous ne lui moulinez pas, dans l'idée c'est lui qui va petit à petit croquer, grappiller, machin petit à petit, elle a envie de goûter je la laisse goûter, je la laisse toucher, malaxer, à son rythme voilà.J'ai découvert ça dans le truc liée à la propreté naturelle, j'ai essayé les couches lavables mais j'ai essayé trop tôt par exemple, avec un bébé allaité c'est ingérable il y en a partout, et voilà là c'était trop de contraintes. »

4.2.5 Quelle transmission maternelle de l'allaitement pour ces mamans ?

Comme dans le profil précédent centré sur le maternage proximal, la plupart de ces femmes n'ont pas eu de transmission de l'allaitement par leur mère : Certaines mères justifient l'incapacité de leur mère à allaiter par les idées contradictoires de l'époque :

Mère 12 : « ma mère m'a allaitée, a essayé de m'allaiter et j'ai eu la jaunisse et on lui a dit que c'était son lait qui me rendait malade, qu'il y avait untruc toxique dans mon lait. Aujourd'hui on me dirait ça je dirai arrêtez! »

4.3 PROFIL 3 : L'allaitement « logique »

Ces femmes présentent une démarche logique et pratique de leur allaitement. Elles n'ont le plus souvent aucune « théorie » ni idéologie sur la question.

Cette pratique allie pour elles facilité et praticité, allant de soi dans la logique de leur grossesse et de leur relation avec le bébé, comme un geste universel.

Aussi cet allaitement est vécu comme un retour à l'animalité, c'est une pratique appartenant à tous les mammifères, il devient donc instinctif pour ces mères d'allaiter.

4.3.1 Un acte logique

Certaines mamans savaient qu'elles allaiteraient, bien avant d'avoir leur enfant, cela leur semblait « logique », l'allaitement était une évidence :

Mère 1 maman de jumelles : « ça me paraissait naturel, je trouve ça plus naturel de donner le sein que de donner le biberon, la nature nous a donné deux seins, c'est normal d'allaiter en fait, on peut allaiter deux enfants, ça m'a paru logique, l'allaitement c'était sans questions »

Mère 5 : « avant d'avoir mes enfants je savais que j'allaiterai, ça me paraissait logique, je ne saurais dire pourquoi. »

Mère 9 : « A chaque fois, je savais que je voulais absolument allaiter c'était une évidence, je ne me suis pas posée la question (...)il fallait c'était normal que je les allaite. »

Mère 18 : « moi l'allaitement je ne me suis pas trop posée la question, comme la maternité en général, c'était fait pour, donc il n'y a que des avantages, je n'ai jamais doutée en fait. J'étais partie pour essayer, de suite, il n'y avait pas de raison de ne pas utiliser ce qui était là. »

Incompréhension vis à vis des femmes non allaitantes

Mère 18 : « je trouve vraiment dommage de ne pas essayer, (...)on est doté de ça, alors je ne sais pas comment font les femmes qui n'allaitent pas. »

Cette mère exprime par son désir d'allaitement un certain déni de la dimension culturelle. Cette pratique de l'allaitement aussi « naturelle » qu'elle soit pour elle, devrait être répandue dans le monde entier tellement « le geste est commun à toutes les cultures » :

Mère 16 : « c'est pas dingue, c'est quand même un geste que toutes les Africaines et Asiatiques font naturellement alors pourquoi nous on est des incapables ? C'est vrai c'est quand même un comble ça ! Allaiter c'est juste naturel ! »

4.3.2 Un acte nourricier

Pour d'autres mamans, l'enfant les guide dans l'allaitement, l'enfant connaît ses besoins comme n'importe quel mammifère, I ne se laisse pas mourir de faim, l'instinct de survie le guide, il faut donc « faire confiance au bébé » :

Mère 10 : « il faut faire confiance au bébé...Ne pas stresser il prend ce qu'il veut et quand il n'a plus faim il arrête de téter c'est tout »

Mère 17 : « pour moi c'était oui très très naturel, vous prenez votre bébé il sait très bien comment faire, point. »

L'allaitement : une fonction nourricière comme chez tout mammifère

Mère 11 : « fonction nourricière, de réconfort, de sécurité c'était très fort »

Mère 18 : « je ne me suis pas posée plus de question, on est quand même des animaux à la base, il ne faut pas non plus aller chercher trop loin, ce qui est fait pour est fait pour »

Pour cette mère il est important de ne pas médicaliser cet allaitement qui doit rester un geste naturel et simple ne nécessitant pas de réflexion particulière :

Mère 17 : « Je crois que c'est un peu ça la morale, l'allaitement c'est une affaire de mère et de petit et j'emploie à dessein le terme petit car ça marche aussi bien pour les femmes que pour les animaux, il ne faut peut-être pas trop s'en mêler, tout simplement aider un peu quand ça bloque c'est un peu naturel, on ne va pas le laisser mourir de faim surtout quand il a du lait à disposition. »

Un allaitement « contrôlé » par la mère

Pour la mère 18 l'allaitement doit rester un acte nourricier, elle ne voulait pas répondre par l'allaitement aux pleurs de l'enfant, et ne souhaitait pas que l'allaitement soit le seul moyen de réconfort de l'enfant. Elle voulait instaurer dès le début une certaine distance aussi avec son enfant :

Mère 18 : « je ne pouvais pas avoir le bébé scotché au sein tout le temps, (...) pour moi ça reste principalement nourricier, faut pas que ça devienne trop réconfort, il n'y a pas que la maman qui peut réconforter »

Aussi elle se défend d'une fonction affective, et voit l'allaitement comme un outil éducatif : l'allaitement « contrôlé » permettrait de donner plus d'autonomie pour cette maman à son enfant :

« Allaitement à la demande mais contrôlé. Parce que sinon on ne s'en sort pas (...) je ne je ne veux pas qu'il y ait que mon sein qui lui apprenne à dormir, c'est lui rendre service que d'essayer de le rendre autonome, c'est dès le début qu'il faut essayer de lui apprendre, comme les nuits, il faut le laisser un peu pleurer, « non tu vas réussir à t'endormir tout seul, et finalement tu n'auras pas besoin de téter la nuit ».

4.3.3 Un acte instinctif

Pour les mères 1, 14, 18 il suffit de suivre son instinct maternel.

Mère 14 : « instinctivement, c'est comme si j'avais fait ça toute ma vie, c'était naturel, c'était instinctif »

Mère 18 : « je suis là et qu'il y a mes seins qui sont là (...)c'était tellement une évidence qu'il fallait que j'essaye, je vous dis c'est la nature, il y a des choses pour lesquelles je me pose beaucoup de questions, c'est comme l'instinct maternel . »

L'allaitement c'était « naturel », « ça allait de soi », mais elle avait besoin d'informations :

Mère 22 : « Si, un besoin de s'informer, de savoir comment moi j'allais faire mais l'idée d'allaiter ça allait de soi. J'ai toujours fait à la demande, je l'ai fait au feeling en fait, je ne me suis pas plus posée de questions ».

4.3.4 Un acte parfois anxiogène

Ce besoin vital de la mère d'allaiter peut être anxiogène pour certaines mamans

Cette seule source d'alimentation irremplaçable pour leur enfant peut être anxiogène pour la maman devant l'incertitude de la quantité de lait prise par l'enfant ou au moment où la quantité de lait devient moins importante :

Mère 2 : « je me disais il va mourir de faim si je mets un terme à l'allaitement (...) quoi qu'il arrive dans les situations terribles je pourrai toujours répondre à leurs besoins, j'ai allaité peut être pour combler cette angoisse de ne pouvoir toujours subvenir à leurs besoins »

Mère 9 :« je faisais des réserves de lait pour 4 jours (...)il grandit juste avec mon lait à moi qui sort de moi »

Mère 5 : « mes seins étaient plein d'eau , plus assez nourrissants je luttais »

Mère 3 : « j'avais beau le peser avant et après la tétée pour savoir combien il prenait ce n'était pas fiable et le médecin ne savait pas trop quelle réponse me donner »

4.3.5 Une problématique technique : un acte facile et pratique

Le côté pratique est souligné par les mères 3,6,10,15,16, et 22: pouvoir l'allaiter n'importe où et n'importe quand, apporte aussi beaucoup de liberté à la maman. L'allaitement permet de partir de manière impromptue sans préparer ni emporter des produits qui créent une totale dépendance, que ce soit quant à leur approvisionnement, leur qualité, leur température ou leur hygiène...

Mère 6 : « c'est juste tellement facile, c'est un truc de fainéant l'allaitement on n'a pas de biberon à laver, d'eau à transporter on le met au sein c'est réglé ».

Mère 10 : « le côté pratique, le lait est déjà à bonne température !

Le côté économique est souligné par une maman même si elle insiste en disant qu'elle n'allaitait pas pour cela :

Mère 18 : « il y a aussi des aspects de commodités, c'est économique, enfin tout ça n'est pas rentré en compte mais quand même. »

Des femmes qui acceptent les compromis

- Diversifier les repas à partir de leur lait en créant des desserts :

Mère 18 : « J'en avais congelé un peu (...) j'avais fait un peu des desserts pour M. un petit peu, c'est très compliqué, c'est toute une gestion. »

- Le tire -lait apparaît comme la solution intermédiaire pour maintenir l'allaitement :

Mère 18 : « c'était une liberté de la femme à un moment de pouvoir donner le biberon, il y a un juste milieu à trouver entre les deux, c'est pour ça que le tire-lait c'est une bonne invention, c'est vrai des fois quand la maman ne peut pas être là, on peut quand même donner son lait. »

4.3.6 Une évidence pour la santé

Pour ces femmes l'allaitement est une évidence pour la santé de l'enfant, son immunité, et la santé de la femme.

- Pour la santé de l'enfant : protection contre les allergies, défense immunitaire, et à visée de réconfort et d'apaisement

Mère 4 : « pour l'enfant, les défenses immunitaires, c'est important de donner le meilleur à l'enfant dès le départ. »

Mère 18 : « pour l'enfant au niveau immunitaire, on donne des anticorps au bébé et surtout quand ils naissent en hiver. »

- Rôle bénéfique pour la santé de la mère

Mère 18 : « c'est vraiment primordial pour l'enfant comme pour la maman, c'est magique. Même au niveau hormonal ils disent que c'est bien pour les mamans, même contre le cancer du sein, même pour aider à ce que l'utérus se rétracte. »

4.3.7 Une gêne par rapport au regard extérieur

Mère 18 : « Après allaiter en public et tout ça ce n'est pas toujours évident. Je l'ai fait une ou deux fois, mais des fois c'est aussi le regard des gens en fait. »

Et une autre maman au contraire n'avait aucune gêne à l'allaiter, elle suivait l'envie de son enfant qui la guidait:

Mère 1 : « aucune gêne à donner le sein à mon enfant, même dans une grande surface, ceux qui sont gênés ce n'est pas mon problème, moi mon enfant a faim je lui donne à manger. »

4.3.8 La transmission familiale: hérédité de l'allaitement dans cette démarche «logique» ?

Une seule mère, la mère 22, a souligné avoir reçu une transmission de la valeur de l'allaitement. Elle attribue sa sensibilisation à l'allaitement à la culture familiale de l'allaitement bien présente pendant son enfance, sa mère qui était médecin l'avait

allaitée jusqu'à ses 9 mois. Elle se heurtait déjà à son époque aux réticences et incompréhension de sa belle-mère :

Mère 22 : *« c'était dans la culture familiale l'allaitement, (...) ma grand-mère paternelle ne comprenait pas la démarche de ma mère de vouloir allaiter donc ça a un peu marqué l'histoire familiale (...) j'ai été allaitée jusqu'à l'âge de 9 mois, ma mère était médecin, je ne sais pas si ça joue. »*

D'autres mères mettent en valeur l'absence de transmission familiale

La mère 4 souligne son regret de ne pas avoir été allaitée :

Mère 4 : *« je n'ai pas été allaitée, j'avais trouvé ça dommage, je me suis dit que j'aurai bien aimé être allaitée »*

Les mères 17 et 18 justifient le non allaitement de leur mère par les idéologies médicales de l'époque qui n'incitaient pas les mères à l'allaitement :

Mère 17 : *« Moi je n'ai pas été allaitée, parce que ma maman, à l'époque on leur disait que leur lait n'était pas bon, que le lait artificiel était tout aussi bon sinon mieux pour notre bébé. »*

La mère 16 souligne qu'elle a dû se former seule à l'allaitement puisqu'elle ne bénéficiait d'aucun soutien familial ni culture familiale de l'allaitement

Mère 16 : *« pas de culture familiale, l'allaitement dans ma famille c'est Guigoz, (...) moi j'ai été allaitée 3 semaines, ma mère m'a dit « non, vu que je t'avais brûlée le bras avec une cendre de cigarette en t'allaitant j'ai arrêté de t'allaiter ». »*

Sa mère s'opposait aussi à cet allaitement :

« Le premier j'avais aussi une pression terrible, « tu lui donnes combien de fois, il prend qu'un sein, mais moins que toutes les deux heures ? Ça ne va pas ! (...) Ma mère, qui me disait que tout ce que je pouvais entreprendre pour allaiter mon enfant, je le faisais de travers. (...) le deuxième j'ai fermé mes écoutilles. (...) Maintenant j'entends ce qu'elle dit mais ça n'a plus de résonnance. »

4.4 Caractéristiques non spécifiques aux différents profils

Il a été mis en évidence un certain nombre de caractéristiques reliant les différents profils de ces mères et ces allaitements longs :

1. Difficultés du sevrage
2. Projet d'allaitement qui évolue avec le temps
3. Un besoin de prolongation du lien avec le bébé
4. La crainte de sexualisation de l'allaitement
5. Une modalité anti-dépressive
6. Les communautés numériques et associatives
7. Les revendications contre le monde médical
8. Les difficultés d'acceptation dans le monde du travail

4.4.1 Les difficultés du sevrage

La définition du sevrage est souvent ambiguë : le plus souvent on entend par sevrage le moment où le bébé arrête complètement l'allaitement mais le sevrage est aussi le moment où l'on commence à lui donner autre chose que le lait maternel.

a) Qui décide du sevrage ?

Selon leurs profils le sevrage n'est pas abordé de la même façon selon qu'il provient d'un désir de l'enfant ou de la mère :

-sevrage dit « naturel » dicté par l'enfant

-sevrage décidé par la mère ou secondaire à des facteurs déclenchants

-d'autres fois le sevrage est « naturel » mais dicté par la mère dans une moindre mesure

Nous ne retrouvons pas de profil de maman allaitante particulier qui se détacherait de ces différentes approches du sevrage, qu'il soit « naturel » ou initié par la mère, Le sevrage naturel est tout autant abordé par les mamans qui développent un maternage proximal que par celles qui adoptent un mode de vie « naturel » ou une démarche « logique » de leur allaitement.

Sevrage « naturel », dicté par l'enfant

Le plus souvent la mère laisse son enfant « décider » du moment approprié pour le sevrage, elle le laisse libre d'arrêter l'allaitement quand il le désire : c'est le sevrage dit « naturel ». Elle observe les indices donnés par le bébé et le sèvre à son rythme à lui. Ce sevrage « naturel » s'observe dans les trois profils et pas seulement dans le profil 2 des mamans adoptant une démarche citoyenne.

Mère 9 (P1 +P2) : « c'est un peu avec regret, c'était la petite déception le petit pincement au cœur de se dire que c'est vraiment une période particulière qui se termine ...on verra c'est lui qui décidera. A chaque fois c'est eux qui décident »

Mère 17 (P1+P2+P3) : « il a arrêté tout seul un matin parce qu'il a voulu aller jouer, il est parti jouer, il n'a jamais pu retéter »

Mère 10 (P2) : « ils se sont sevrés naturellement ce n'est pas moi qui les ai sevrés, c'est eux(...) si la décision du sevrage était venue de moi ça aurait été un peu difficile. »

Pour cette mère le sevrage idéal est le sevrage « naturel » car cela évite les « conflits » avec l'enfant, c'est lui qui décide du moment opportun quand il est « prêt », mais elle le souhaiterait avant ses deux ans :

Mère 19 (P1) : « je me dis que peut être un jour il va juste se détourner aussi du sein, c'est le scénario idéal parce qu'il n'y pas de conflit justement, il est prêt, idéalement j'adorerai que d'ici ses deux ans qu'un jour il dise « ah non c'est bon ».

Sevrage décidé par la mère

Nous retrouvons dans les trois profils des mères qui souhaitent mettre parfois elles-mêmes un terme au sevrage, des facteurs extérieurs leur imposant parfois ce sevrage ou bien c'est elles qui choisissent de son leur gré de mettre fin à cet allaitement :

-retrouver son corps et sa liberté

La fin de l'allaitement n'est pas obligatoirement une étape douloureuse : elle peut être sereine quand les besoins de l'enfant ont été comblés. Le sevrage est vécu parfois comme une délivrance.

Pour certaines mères elles retrouvent par ce sevrage une certaine liberté et se réapproprient leur corps de femme :

Mère 10 (P2) : « c'est une liberté qu'on retrouve ».

Mère 18 (P3) : « il faut aussi que la maman reprenne son corps je trouve. Il y a un temps pour tout ».

Mère 20 (P1+P2) : « vous êtes là sur le canapé tranquillement, et vous n'avez pas envie de vous dégrafer, de vous déshabiller, là maintenant tout de suite, voilà c'est un peu retrouver son corps, non c'est bon ».

-pour mettre un terme à cette relation exclusive

Mère 15 (P1): « je ne me disais je ne vais pas le garder non plus pour moi toute seule pendant des années donc du coup, hop le biberon »

-grève de la tétée

D'autres mamans parlent de « grève de la tétée » : l'enfant refuse tout à coup le sein suivant certaines circonstances ou parfois sans raison :

Mère 3 (P2) : son enfant a eu une otite et a brutalement cessé de téter

« Ce qui s'appelle une grève de tétée, ..Il n'en voulait plus, du jour au lendemain ça a été lui qui a refusé (...)même si c'est son choix je trouvais que c'était son choix par dépit, par douleur suite à l'otite »

Mère 6 (P2+P3) : « si je n'avais pas su que ça existait la grève de la tétée je me serai dit il est sevré il ne veut plus de lait et en fait au bout de 4 jours il y retourne. Quand on est renseigné on sait qu'un enfant ne se sevrage pas tout seul avant deux ans c'est forcément induit par quelque chose ».

-reprise du travail

Mère 13 (P1) : « je voulais absolument travailler et pour E. : grosse crise d'angoisse, vomissements cétoniques, je lui ai dit je comprends que tu sois triste mais des séparations il y en aura.»

- crèche

Une démarche progressive pour cette maman : elle amène en « douceur » le sevrage :

Mère 4 (P3) : « progressivement, déjà il y a l'étape chez la nourrice dès 3 mois donc du coup j'ai commencé à tirer quelques jours avant pour voir s'il prenait bien , la séparation s'est bien faite, et puis l'arrêt total, vers 4 -5 mois , il n'y a pas eu de traumatisme je pense »

- fatigue de la mère

Mère 16 (P3): « il me réveillait toujours pour une tétée la nuit, un moment stop quoi. »

- perte de poids du bébé

Cette maman a suivi les conseils du médecin et a sevré son bébé devant une perte de poids importante de l'enfant, ce qu'elle a très mal vécu :

Mère 5 (P3): « je n'avais pas le choix elle perdait du poids, ça a été un déchirement de lui donner du lait en poudre(...)mais ça aurait été égoïste de continuer l'allaitement et qu'elle ne grossisse pas . »

Sevrage naturel mais délai arrêté par la mère

Certaines mères pensent au moment du sevrage mais aimeraient mieux qu'il soit initié par l'enfant.

-Recommandations OMS

La **Mère 19(P1)** s'appuie sur les recommandations de l'OMS « aller vers le sevrage naturel tout en l'incitant à se sevrer au fur et à mesure »

« Je suis un peu partagée , s'il doit s'arrêter de téter à 3, 4 ans je me dis que j'en aurai peut-être eu marre avant.(...) je sais que j'aimerais bien aller vers le sevrage naturel tout en l'incitant quand même à se sevrer au fur et à mesure. »

-Enfant qui mord en tétant : pour la mère c'est un signal, l'enfant a besoin d'autre chose

Mère 20 (P1+P2) : « me faire mordre le sein pour moi c'était un signe évident que ma fille avait besoin d'autre chose et que je n'allais pas attendre un mois et demie à me faire mordre ».

b) L'impossible sevrage ?

Certaines mères sont conscientes qu'elles ne peuvent arrêter cet allaitement et cela quelque soit leur profil. Elles décrivent cette impossibilité de mettre fin à leur allaitement.

Mère 8 (P1) : « au début je me disais que j'allais allaiter jusqu'à ce que je reprenne le travail, j'ai repris à 4 mois et je me suis dit pourquoi je vais arrêter maintenant »

Mère 14 (P1+P3) : « j'ai dit allez les filles vous êtes grandes il est temps d'arrêter mais je continuais à leur donner le sein (...)j'étais frustrée ça n'allait pas bien. »

Mère 15 (P1) : « j'étais prête à continuer tout en étant enceinte , et mon mari m'a dit « non, non il ne faut pas », enfin j'ai eu de plus en plus de mal à les lâcher en fait ! »

Ces mamans sont partagées entre leur plaisir d'allaiter et le besoin d'évolution de l'enfant.

Cette mère décrit cette impression de « piège », elle ferait perdurer le plaisir de l'allaitement alors que pour elle l'enfant est prêt avant elle au sevrage :

Mère 18 (P3) : « Moi j'ai senti que j'ai essayé de faire perdurer mon allaitement parce que ça me faisait plaisir et j'avais l'impression que M. était prête avant moi à arrêter ça.(...)c'est toujours un jeu entre les deux, il ne faut pas se faire trop plaisir, il faut trouver l'équilibre entre pour soi et pour l'enfant. »

Mère 21 (P1+P2) : « je me suis dit bon elle a deux ans , un moment donné il va falloir arrêter (...) je ne l'ai pas mal vécu elle non plus, mais je me dis qu'on aurait pu continuer plus en fait...Mais là après ça ne devient plus vraiment nutritionnel mais plus un plaisir oui. »

La séparation est difficile à vivre pour ces mères tantôt dans la culpabilité tantôt dans la frustration :

Mère 3 (P2) : « j'ai eu du mal à me dire que c'était fini (...)ça a été dur d'encaisser quand il a lâché le sein du jour au lendemain, j'ai mis plusieurs mois à faire un trait dessus, je préfère me dire que ça a été une expérience, qu'il le vit bien et qu'il va bien. »

Mère 20 (P1+P2) : « Je pense qu'elle en pas souffert parce qu'elle a su trouver son pouce, mais je pense que c'était quand même dommage, elle n'aurait pas dû avoir trouvé son pouce, mais c'était trop de contraintes pour moi, ça m'aurait demandé trop d'efforts.

Crainte de voir son enfant grandir :

Mère 18 (P3) : c'est un déchirement, je trouve que c'est le premier abandon du bébé. (...)c'était accepter que son enfant commence à être plus grand »

Après le sevrage l'enfant « garde le geste », le réflexe, comme « un manque », « comme la cigarette » :

Mère 20 (P1 +P2) : « elle avait quand même besoin de téter, sans avoir forcément besoin de lait, au bout de deux ans, il y a peut-être de temps en temps : « maman est ce que je peux téter ? », voilà une petite tétée, (...)un peu comme la cigarette on a le geste encore un moment, elle

a remplacé comme elle a pu après par autre chose. »

Après le sein l'enfant garde le réflexe de téter qu'il compense par un objet de transition : la tétine ou le biberon :

Mère 9 (P1+P2) : « ils ont gardé les biberons, L qui a cinq ans il l'a encore, le matin, le soir, avant de se coucher, la tétine, il est « tétou », il faut qu'il tète quelque chose !

Particularité du co-allaitement

Il est encore plus difficile pour cette maman de mettre fin à l'allaitement de l'aînée après la naissance de son deuxième enfant :

Mère 7 (P1+P2) : « j'aimerais bien un sevrage naturel elle tète très peu parce qu'il y a la petite sœur, mais je ne vois pas comment lui dire non en fait »

Particularité du dernier enfant

Le sevrage s'il s'agit de la dernière maternité c'est bel et bien pour la mère l'ultime expérience d'allaitement : l'interruption délibérée de l'allaitement du dernier né peut alors être repoussée.

Lorsque la mère sait que l'enfant qu'elle allaite sera le dernier, elle a tendance également à le laisser téter plus longtemps.

Mère 5 (P3) : « je veux continuer ce lien-là tant que je peux (...) je ne voulais pas arrêter j'aurai voulu continuer plus longtemps sachant en plus que ce serait mon dernier bébé (...) j'ai du mal à me dire que je n'aurai plus d'enfant, que mon ventre ne servira plus, que mes seins ne serviront plus, c'est triste (...) on est faite pour avoir des enfants et moi je suis faite pour allaiter, je suis vraiment proche du sevrage et je ne veux pas que ça s'arrête »

Mère 6 (P1+P2) : « comme c'est le dernier enfant pour le coup il peut téter 3 ans, je n'en sais rien »

c) Quelle place a le père dans cet allaitement ?

Devant la magie et la toute-puissance de l'allaitement maternel, les hommes vont réagir de manières différentes souvent en fonction de la place accordée par la mère dans cette dyade mère-bébé.

Rôle d'observateur : « choix de la mère imposé au père »

Ce rôle d'observateur a été retrouvé uniquement chez les mères du profil 3.

Mère 5 (P3) : « de toute façon c'était mon choix qu'il le veuille ou non il n'aurait pas eu son mot à dire ».

Mère 18 (P3) : « c'est quand même la maman qui accouche, c'est un peu elle aussi qui a le droit de dire un peu ce qu'elle veut, pour moi le papa n'a pas forcément sa place, je ne dirai pas qu'il n'a pas son mot à dire mais ça reste un lien avec le bébé entre la maman et le bébé. »

Rôle séparateur dans le sevrage

Le père a aussi pour certaines femmes un rôle dans le sevrage de l'enfant, c'est lui qui initie le sevrage en montrant à sa compagne certaines limites.

Ils peuvent avoir un rôle important de médiateur dans une relation mère/enfant trop fusionnelle ou agressive.

Souvent ces femmes ne pouvaient concevoir cet allaitement sans leur participation active. Elles faisaient parties des profils 1 et 2 :

Mère 11 (P1): « on a été convoqué à la crèche à cause de l'endormissement et le papa on lui a dit qu'il ne jouait pas son rôle de séparation »

Mère 12 (P2) : « mon compagnon il me dira « ça suffit » il est là, il est en alerte ... je lui dis « quand toi tu sens que c'est trop tu me le dis parce que moi je m'en rendrai pas compte étant dedans » »

Mère 15 (P1): « j'étais prête à continuer tout en étant enceinte, et mon mari m'a dit « non, non il ne faut pas »

Leur meilleur partenaire, leur meilleur allié

Pour ces femmes aux profils très différents, le père les accompagne tout naturellement dans cette pratique, il avait les mêmes idées qu'elle sur l'allaitement.

Mère 3 (P2): « le fait que j'allaité lui paraissait normal, il n'a pas ressenti un manque »

Mère 7 (P1+P2): « il n'avait pas envie comme moi de tout ça, du marketing du lait industriel »

Mère 9 (P1+P2): « ça lui paraissait naturel de continuer »

Mère 16(P3) : « le rôle nourricier, ça ne le gêne pas que ce soit moi, en ce moment on entend pas mal parler de genre, essayer de dire que les garçons peuvent faire ce que font les filles et les filles ce que font les garçons, lui pense qu' être nourri par sa maman ça fait partie des bonnes choses et il n'y a que la maman qui peut le faire . »

Mère 20 (P1+P2) : « comme j'avais mon conjoint qui était avec moi, qui était pour, j'avais un super allié, et je savais que si j'avais la moindre réflexion il interviendrait »

Pour cette mère son compagnon mettait un point d'honneur à ce que son enfant soit allaité, lui plus jeune n'avait pu bénéficier de cet allaitement, et a présenté par la suite de l'eczéma :

Mère 17 (P1+P2+P3) : « c'était vital pour lui que j'allaité. Si je n'avais pas allaité il aurait défendu l'allaitement maternel, (...)mon mari a eu des très graves problèmes de santé parce qu'il n'a pas été allaité ».

Aussi pour elle c'est grâce à son compagnon que l'allaitement a pu aboutir, cette pratique lui paraissait aussi naturelle que de donner « des croquettes au chat »

« J'ai réussi grâce à mon mari qui a mis le bébé contre moi, il rassurait mon bébé qui s'est mis à téter(...)pour lui c'était comme de donner des croquettes au chat. (...)mon mari a les mêmes positions que moi sur l'allaitement. »

Il partage d'autres moments avec l'enfant.

Mère 18 (P3): *« il me faisait confiance, il n'a jamais réclamé, il y a plein d'autres moyens de s'occuper de l'enfant (...) quand le bébé pleure il lui chante des chansons, il va le changer le faire rigoler. »*

4.4.2 Projet d'allaitement qui évolue avec le temps

Pour certaines mères leur envie d'allaiter s'est construite au fur et à mesure de leur grossesse, pour d'autres cela a été une surprise, elles étaient parfois totalement opposées à cette pratique ou n'imaginaient pas allaiter aussi longtemps :

La construction du projet de l'allaitement est très hétérogène dans les trois profils.

Mères qui s'opposaient à l'allaitement

Les mères 2 et 11 n'avaient aucun projet d'allaitement avant la naissance et s'opposaient même à cette pratique qu'elles jugeaient « répugnante », et « choquante ».

Et finalement elles estimaient que c'est leur accession au statut de mère qui a modifié leur conception de la maternité.

Mère 2(P1+P3) : *« j'étais contre l'allaitement au début, je n'imaginais même pas allaiter je trouvais ça répugnant »*

Mère 11(P1) : *« avant la grossesse j'avais dit que jamais je n'allaiterai. Voir un enfant de trois ans au sein, ça m'interpelait, voire ça me choquait un peu.(...)J'étais dans ces idées reçues et puis avec la grossesse, et la perspective d'avoir un enfant, les choses ont évolué. »*

Durée qui suivait les recommandations de l'OMS

Peu de femmes donnaient de l'importance aux « bénéfices-santé » liés à la poursuite de l'allaitement maternel, mais certaines mères s'appuyaient sur les recommandations de l'OMS pour débiter leur allaitement et se justifier.

Mère 7 (P1+P2):*« j'avais lu les recommandations de l'OMS, six mois d'allaitement exclusif et d'allaiter jusqu'à deux ans c'est bien pour l'enfant , donc je me suis dit si ça roule pourquoi pas quoi et puis ça roule et c'est que C elle adore téter, donc je me suis dit on continue. »*

Mère 1(P1) : *« ma nouvelle échéance maintenant c'est 2 ans. J'ai lu aussi les recommandations de l'OMS, je m'en suis servie parfois pour en parler avec ma famille. »*

Objectif de durée préétabli avant le début d'allaitement

Mère 4 (P3): *« jusqu'à 6 mois environ car après il y a le deuxième âge, je trouvais ça bien les 6 premiers mois de vie c'était un bon compromis »*

Mère 13 (P1): « je me disais que j'aimerais bien l'allaiter sa première année pour lui apporter le maximum et à 13 mois elle ne tétait plus que cette tétée de 5 heures et un jour j'ai dit stop »

Mères sans objectif au début de durée d'allaitement: évolution naturelle vers un allaitement long, « allaiter aussi longtemps que c'était possible ! »

Pour les mères qui avant la naissance de leur premier enfant avaient pensé allaiter quelques mois, la modification de leur projet d'allaitement ne s'est pas faite brutalement.

Mère 1 (P3): « je ne m'étais pas mise de barrières ou d'objectif avec un minimum d'allaitement (...) je ne m'étais pas faite une fixation sur une durée bien précise, j'étais prête à donner le biberon »

Mère 6 (P1+P2): « j'ai vraiment pris chaque jour comme c'est venu, je m'étais dit on va faire 3 mois parce que je savais que je reprendrai le boulot au bout de 2 mois et demi (...) c'était vraiment comment ça se passe. (...) c'était aussi longtemps que ça marche et puis pourquoi j'arrêterai ? »

Mère 8 (P1) : « au début je me disais que l'allais allaiter jusqu'à ce que je reprenne le travail j'ai repris à 4 mois et je me suis dit pourquoi je vais arrêter maintenant »

Mère 17 (P1+P2+P3): « au départ j'étais partie pour 5 mois jusqu'à ma reprise du travail et j'ai vu que 5 mois c'est une crevette, je ne me voyais pas du tout le laisser avec du lait artificiel, il avait encore besoin de téter, c'est pour ça qu'on a continué et puis après rien nous obligeait à arrêter. »

Certaines mères ont pris connaissance de la possibilité d'allaiter longtemps en consultant des ouvrages sur le sujet, en allant à la LL, ou sur des « forums de discussions »: d'autres ont été confrontées à l'allaitement de grands bambins dans des associations de soutien à l'allaitement ou auprès d'amies allaitantes.

Mère 6 (P1+P2) : « de voir sur la lactaliste des mamans qui allaient 5 ans, voire 6 ans au début on se dit non, et puis maintenant ça me paraît moins fou ça me paraît juste naturel ».

Mère 20 (P1+P2): « c'était ce qu'on préconisait à ce moment-là (...) c'était idéalement un allaitement du bébé 6 mois, (...) et puis au fur et à mesure que le temps a passé, je suis allée à la leche league (...) j'avais une question : ok 6 mois exclusivement et après comment ça se passe ? »

4.4.3 Besoin d'allaitement pour la relation mère/enfant

Ces mères affirment de manière unanime et forte 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 et profond, fusionnel, mais aussi un lien palpable, lié à la tendresse, à la douceur, aux câlins engendrés par le moment.

Tous les profils présentent ce point commun : comme une universalité de la proximité corporelle mère-bébé.

a) Prolongation de la symbiose de la période utérine

L'allaitement contribue au maintien d'une symbiose, « gestation extra-utérine » entre la mère et son nouveau-né.

Les mères 9,11,13 ,19 expriment ce lien comme la notion d'une prolongation de la grossesse et correspondent en majorité au profil 1.

Mère 9 (P1+P2): « ça continue le processus incroyable de la grossesse ...il grandit juste avec mon lait à moi qui sort de moi »

Mère 11 (P1) : « je donne de moi-même physiquement, comme la période de la grossesse il y a une prolongation en fait, le bébé est dans notre ventre il nous habite il naît il sort et voilà je trouve que l'allaitement c'est un lien, qui fait perdurer ce lien-là. »

Mère 13 (P1) : « c'était un prolongement normal de la grossesse ... ça aurait été une coupure trop brutale .Ce besoin-là de se prolonger, prolonger vraiment ce moment de grossesse qui est fusionnel où l'on est qu'un, l'envie de donner parce que c'est un don, un partage, un plaisir. »

Mère 19 (P1): « j'aimais bien l'idée de 9 mois de grossesse et 9 mois d'allaitement, je trouvais que c'était une jolie transition pour la suite. »

b) Prolongation du lien

Cet allaitement, expérience riche sur le plan relationnel et affectif avec l'enfant, favorise l'attachement mère- enfant.

Les mères 7, 10, 19 appartenant aux profils 1 et/ou 2 parlent d'un lien fusionnel avec leur bébé et pour la mère 10 ce lien se poursuit même après le sevrage :

Mère 10 (P2): « elle avait tout le temps besoin de retrouver le sein de maman quand elle rentrait (...)relation exclusive de donner le sein c'est fusionnel, même maintenant »

Mère 19 (P1) : « c'est plus de la nourriture affective, et je trouve ça super important aussi. »

La mère 13 exprime ce besoin d'allaiter comme un lien presque vital avec son bébé qui était en couveuse, né prématurément :

Mère 13 (P1) « tout de suite après la naissance j'ai tiré mon lait, c'est le premier truc que j'ai fait en rentrant dans ma chambre fallait, fallait fallait... c'était une notion de lien aussi de ne pas avoir son enfant... pouvoir lui apporter ça,(...) c'était toujours l'idée du lien. »

Un lien corporel très fort : « avec l'allaitement je l'ai aimé »

Mère 17 (P1+P2+P3) : « je l'ai aimé grâce à cet allaitement» (...)l'allaitement ça crée vraiment un lien, et même un lien corporel que je n'ai pas avec ma mère et que mon mari n'a pas avec sa mère, c'était très, très important, le sentir, il y avait quelque chose d'extrêmement animal là-dedans ».

Mère 2 (P1+P3) : « je me suis mise à aimer mon enfant passionnément avec l'allaitement,

farouchement, plus il tétait et plus je l'aimais et plus j'aimais l'aimer et ce n'était plus possible d'arrêter. »

L'allaitement comme solution d'apaisement de l'enfant

Certaines mères mettent en valeur tous les échanges que permettent les tétées. Pendant une tétée, tous les sens sont sollicités. Le goût, l'odorat, le toucher grâce au contact que l'allaitement implique et aux caresses que fait souvent la mère à l'enfant qui tète, la vue grâce à un échange de regards et l'ouïe.

Elles identifient l'allaitement avant tout comme un outil puissant pour créer un lien fort et unique avec l'enfant. L'enfant a besoin de cet allaitement pour être rassuré, se détendre, pour guérir les petits bobos, pour s'endormir aussi...

Mère 7 (P1+P2) : *« quand elle pleurait jusqu'à deux ans je ne pouvais pas lui refuser le sein, un petit bobo ça la soulageait, la petite voix qui dit « tétée » je craque »*

Mère 11 (P1): *« un chagrin, 9 fois sur 10 ça le calmait (...) c'est vraiment le sein qui faisait cette fonction de doudou, de tétine, de succion, de sécurité de réconfort, de tout en fait »*

Mère 19 (P1): *« je me disais comment ça se passe quand il n'y a pas cela. C'est un peu l'arme suprême quand il y a des moments de crises, ou quand il est fatigué, qu'il a faim ou qu'on ne sait pas trop ce qu'il veut, c'est toujours la solution d'apaisement et toujours à portée de main... »*

Une relation exclusive dans la dyade mère-bébé, ces moments « privilégiés » seule la maman peut les vivre.

Mère 15 (P1) : *«le sein c'est uniquement la maman, du coup j'ai préféré garder ce lien, ce lien privilégié et fusionnel avec mon fils, mais volontairement. »*

Mère 17 (P1+P2) : *« vraiment une relation très privilégiée(...) un moment merveilleux, de voir des mimiques que personne d'autre ne voient »*

4.4.4 Crainte de la sexualisation de l'allaitement et d'une forme incestueuse de la relation mère/enfant

Ce malaise et la crainte de la sexualisation de l'allaitement ou d'une tonalité incestueuse sont clairement exprimés par certaines mères.

Mère 4 (P3): *« je ne me voyais pas allaiter quand même plus, pas beaucoup plus que 6 mois parce qu'après je trouve ça bizarre, ils grandissent, les avoir au sein pour la vie de femme(...) je ne voulais pas que mon ami me touche, parce que mes seins j'associais ça à mon fils, j'ai cette image de garder trop l'enfant au sein cela a un petit côté d'inceste »*

Mère18 (P3): *« je ne me voyais pas allaiter plus d'un an. Oui je me disais allaiter un enfant qui marche je pense que ce n'est pas possible, je trouve qu'il faut un moment rompre le lien, après il faut aussi que la maman reprenne son corps je trouve., il y a des limites, il y a un moment je dis stop,(...) après c'est incestueux après quand ça dure trop longtemps ».*

Mère 12 (P2) : « je n'avais pas du tout envie d'allaiter 4,5 ou 6 ans, je n'aime pas du tout ça l'enfant il arrive et soulève le t-shirt de la mère (...) Je trouve ça bizarre ce petit bonhomme qui est grand qui a toutes ses dents, qui court partout, bon je ne sais pas je trouve ça étrange »

4.4.5 Modalité anti-dépressive de l'allaitement long

L'allaitement prolongé aurait une valeur antidépressive pour certaines mères. Trois mères des profils 1 et/ou 3 ont fait des dépressions en post-partum, et l'allaitement avait une fonction anxiolytique et d'apaisement.

La mère 2 a fait une dépression post-natale après son premier enfant, la mère 5 parle de baby blues au moment du sevrage, et la mère 14 parle de baby blues en lien avec un nouveau désir de maternité :

Mère 2 (P1+P3) : « quand j'ai accouché j'ai un peu broyé du noir et j'ai beaucoup pensé à la déportation (...) et à chaque fois que j'allaitais ça allait mieux, cela me remontait le moral »

Mère 5 (P3) : « La première je n'avais pas fait de baby-blues mais là je suis sûre que j'ai déprimé parce que je savais que j'allais reprendre le boulot et que je devrais arrêter d'allaiter, j'en étais malade. »

Mère 14 (P1+P3) : « ça donne des endorphines quand l'enfant tâte on est zen on est plus tranquille (...) ça n'allait pas bien il me manquait ce plaisir d'allaiter de le porter dans les bras, porter un enfant. Oui j'avais besoin, le moral était moins bon. »

4.4.6 Besoin de communautés numériques et associatives

La majorité des participantes de notre étude a fréquenté, de manière occasionnelle ou régulière, les réseaux sociaux voués à l'allaitement, que ce soit les associations de soutien (1, 4, 7, 10, 11, 12, 14) ou les forums de discussion internet (1, 2, 3, 4, 5, 8, 10, 13) , et cela est présent pour les mères des 3 profils.

a) Leche League

Soutien

Mère 6 (P1+P2) : « ça a été un bol d'air de me rendre compte que je ne suis pas toute seule , qu'il y a plein de solutions pour tout ... qu'on peut vivre! »

Mère 7 (P1+P2) : « je vais à des réunions souvent pour un soutien, j'étais un peu seule. »

Mère 12 (P2) : quand elle était petite, elle allait déjà à des réunions de la LL avec sa mère qui lui a transmis ce besoin de communauté : « j'étais déjà allée à des réunions de la LL petite déjà avec ma mère ».

Information

Mère 16 (P3) : « quand j'ai commencé à avoir des crevasses, j'avais été sur leur site, donc je les avais appelés en leur disant redites moi les choses un peu sur les positions d'allaitement. »

Besoin d'information mais ne souhaite pas aller au-delà ni dans le militantisme

Mère 18 (P3) : « J'ai hésité des fois à appeler la Leche league, mais je ne l'ai pas fait parce que je pense qu'elles sont un peu trop pro-allaitement, justement un peu extrémistes. Il faut peut-être un juste milieu entre les deux, mais ce n'est pas évident. »

b) Communautés numériques, forums

En dehors de la leche league d'autres mamans trouvent l'information et le soutien nécessaires sur des forums. Beaucoup de blogs ont vu le jour spécialement sur le thème de l'allaitement. Elles ont besoin de confronter leur pratique aux expériences d'autres mamans sur ces forums de discussion.

Mère 18 (P3) : « je crois que j'écoute plus ma maman ou je regarde les forums, mais je me fais ma propre idée en fait »

Mère 20 (P1+P2) : « j'ai passé mes journées à lire sur internet, voilà à me renseigner sur comment ça marche un bébé et puis donc du coup me faire ma propre opinion »

4.4.7 Revendications par rapport au milieu médical

a) Mauvais conseiller

Contexte d'anesthésie

Mère 7 (P1+P2): « il me disait qu'il fallait que j'arrête l'allaitement 48 heures et je lui ai répondu c'est bizarre pour une césarienne on met le bébé au sein juste après, pour une anesthésie générale avec un enfant plus grand il faut arrêter, je leur ai dit non je n'arrêterai pas, j'ai demandé à l'anesthésiste le nom des molécules, il n'était pas très content, je n'ai eu aucun soutien, ni de l'anesthésiste ni du chirurgien.

Abcès au sein nécessitant une intervention chirurgicale : la maman refuse l'opération pour poursuivre l'allaitement

Mère 10 (P2): « même si on m'avait dit d'arrêter quand j'avais eu mes abcès je n'ai pas arrêté ... je n'avais qu'une idée en tête c'était de dire que c'est ce qu'il y avait de mieux pour lui je suis allée jusqu'au bout de mon truc(...)A l'hôpital ils voulaient m'opérer du sein mais j'ai dit non.»

Perte de poids du bébé

Mère 16 (P3): « j'ai même un généraliste qui me disait « vous ne croyez pas qu'il faudrait quand même que vous alliez le peser une fois par semaine à la PMI ? », et elle m'avait dit « s'il ne grossit pas plus, on va finir par lui donner des compléments »

b) Trop pro-allaitement

Pour cette mère le corps médical impose à la maman et au bébé beaucoup de pression lors de la première tétée :

Mère 15 (P1) : « il y a vraiment une pression et une angoisse, l'enfant il faut impérativement qu'il se nourrisse, c'est vraiment hyper angoissant. Il naît, il faut qu'il prenne tout de suite, (...) mais la pression c'est, il sort vous l'avez contre peau, bon cinq dix minutes ça va, au bout d'un quart d'heure il faut quand même qu'il ait mangé ».

c) Manque d'information et de compétence du corps médical

Mère 7 (P1+P2):« là personne ne sait rien sur l'allaitement pendant la grossesse »

Mère 10 (P2): « les médecins généralistes n'écoutent pas, j'aurai aimé qu'ils soient moins bornés et qu'ils me donnent des médicaments compatibles avec l'allaitement »

Mère 18 (P3): « c'est vrai qu'au niveau des professionnels de santé, je n'écoute pas leurs avis, je pense qu'ils ne sont pas encore assez bien formés (...)même mon pédiatre l'autre fois, G pleurait et il voulait que je le mette au sein pour le calmer et ça ne m'a pas plu parce que il n'y a pas que ça. »

d) Des mères très informées

Le manque de compétence du milieu médical oblige les mères à s'informer par elles-mêmes. La **mère 21** connaît les limites des références des courbes pondérales :

Mère 21 (P1+P2): « les courbes qu'il y a dans le carnet de santé ne sont pas les courbes de l'OMS visiblement, ce sont des courbes qui ne correspondent pas du tout aux courbes d'un bébé allaité, parce que le bébé allaité il va pousser beaucoup plus vite et après il va se stabiliser, et aussi il y a moins d'obésité chez les enfants allaités »

e)Corps médical dans le soutien à l'allaitement

Mère 7 (P1+P2):« mon médecin homéopathe est un médecin qui allaite, je pouvais lui dire que j'allaitais encore la nuit (...) elle ne va pas dire comme d'autres médecin "il faut sevrer votre enfant" non ça fait partie de nos choix. »(...) l'allaitement ça aide vraiment à choisir les professionnels de santé de manière à ce qu'ils respectent et qu'ils soient bienveillants et à renforcer un lien avec les professionnels. »

Mère 16 (P3):« une sage-femme me l'a mis sur le bas du ventre dès la naissance et elle m'a dit « maintenant vous ne bougez pas, c'est lui qui va aller téter tout seul ! », il est monté tout seul, et il s'est mis au sein tout seul. Elle était hyper encourageante, une grande mise en confiance. »

4.4.8 Difficultés d'acceptation de l'allaitement dans le monde du travail

Ces quatre mères ont réussi à conjuguer l'allaitement à leur travail.

Mère 8 (P1): « sur mon lieu de travail je me retrouve à tirer mon lait dans les toilettes (...) mes collègues qui ne comprenaient pas toujours »

Mère 11 (P1) : « ça m'a coupée de ma vie sociale et matérielle (...) avec l'expérience du premier je ne voulais pas revenir au travail et tirer mon lait au travail »

Mère 12 (P2) : «quand on travaille dans un bureau cloisonné comment on fait pour tirer son

lait? Dans les textes c'est 15 minutes deux par jour mais s'il n'y pas d'endroit... personne ne parle de ça et il n'y a rien d'adapté »

Mère 13 (P1): « *je me rends compte que c'est une contrainte de bosser quand on veut allaiter, je tire mon lait dans la journée toutes les 4 heures je le mets dans une glacière (...) il n'y a pas beaucoup d'enthousiasme par rapport au fait de motiver à allaiter même si on bosse, pour la société le milieu professionnel doit être séparé de la cellule familiale »*

4.4.9 Difficultés physiques

Peu de femmes ont évoqué toutes les petites pathologies liées à l'allaitement, telles que crevasses ou engorgement. Si elles y sont confrontées, c'est en général au tout début de l'allaitement. Certes, l'allaitement implique quelques contraintes puisque certaines mères parlent de don de leur corps à leur enfant, mais elles pensent aussi que c'est un geste maternel et féminin qui leur permet de créer un lien unique avec leur enfant.

5. Discussion

5.1 Validité interne

5.1.1 Choix de la méthode : l'échantillon interrogé

L'échantillon de petite taille n'est pas représentatif de la population générale. Pour un travail exploratoire et pour une méthode qualitative, la règle veut que l'échantillon soit varié et que la saturation des données soit atteinte à l'issue des entretiens. La diversité de l'échantillon n'est pas complète du fait de l'absence d'ouvrières et d'agricultrices. La saturation des données a été atteinte après 18 entretiens. Les suivants ont été menés pour vérifier cette saturation et parce que les entretiens étaient déjà programmés avec les intéressées.

5.1.2 Limites de la méthode

Dans toutes les étapes de ce travail, nous avons gardé à l'esprit la nécessité d'adapter au mieux la méthode pour éviter au maximum la survenue de biais. Malgré nos efforts, certains biais se sont présentés. Pour évaluer la qualité de ce travail, il est nécessaire d'identifier et d'expliquer ces différents biais. Ainsi, comme le précisait Blanchet dans un ouvrage sur les entretiens (): «La reconnaissance d'un biais n'est pas la marque de l'invalidité d'une méthode mais au contraire la condition pour que cette méthode atteigne un statut scientifique.»

a) Biais de sélection

Pour notre étude nous avons contacté tous les cabinets de pédiatrie de Nantes, le lactarium, le centre d'allaitement de Talensac, et la PMI de Nantes et de la région Vendée ainsi que deux médecins de Nantes et La Montagne chez qui l'enquêtrice avait effectué son stage praticien.

Nous nous sommes limités à la région Loire Atlantique et Vendée pour faciliter les déplacements.

En effet partant du postulat que peu de mamans consultent dans des cabinets de médecine générale, nous avons privilégié ce mode de recrutement.

Nous avons eu des réponses que de certains cabinets et d'une seule PMI de Nantes. Les pédiatres et médecins présentaient eux-mêmes notre étude aux mères ce qui constituait déjà les premiers biais de recrutement.

Et parmi les cabinets de pédiatrie dix mères venaient du même cabinet ce qui pouvait être aussi un biais.

Au cours du travail de recherche de bibliographie, nous avons vite constaté que les mamans «allaitantes de longue durée» fréquentent beaucoup les forums de discussion dédiés à l'allaitement.

Nous avons donc décidé d'utiliser ce moyen de communication pour diffuser rapidement une annonce et permettre d'intéresser un large panel de mamans. Cependant, nous craignons que les discours de ces jeunes femmes ayant fréquemment recours aux forums internet soient relativement formatés. Plus confidentiel, ce mode de recrutement ne nous a apporté que deux participantes. Par la suite, le bouche à oreille entre les participantes et leurs connaissances nous ont permis de toucher encore quelques personnes non coutumières des forums de discussion.

Finalement, nos choix ont abouti au recrutement de participantes assez semblables dans leur profil sociodémographique.

Rétrospectivement nous aurions aimé recruter des patientes venant de sources plus variées, et peut être davantage par l'intermédiaire de la PMI.

L'objectif n'était pas d'être représentatif d'une certaine population mais plutôt d'avoir une population la plus diversifiée possible. Nous n'avons donc pas souhaité dans un premier temps rencontrer des associations militantes pour l'allaitement pour varier les profils des mamans.

Nous avons essayé de varier notre échantillon sur l'âge de la mère, le nombre de grossesses, leur milieu de vie, leur niveau d'études, leurs emplois, et les durées d'allaitement.

Trois mamans ont été contactées par « l'effet boule de neige » ce qui a peut être influencé leurs réponses car la personne contact les a peut être informées du déroulement de l'entretien.

b) Les entretiens

Biais liés à l'enquêtrice : biais d'intervention

Nous avons mené les entretiens après avoir étudié quelques livres sur la technique d'entretien, expliquant leurs différentes méthodes et pratiques, afin de pouvoir laisser les mères s'exprimer au mieux sur leur vécu de l'allaitement dans un climat d'écoute bienveillante.

Cependant même si la qualité de nos interventions s'est améliorée au fil des entretiens, des maladresses ont pu altérer la pleine expression des mères.

L'enquêtrice essayait au maximum d'utiliser des questions ouvertes et les relances, mais pour les premiers entretiens le rythme était plus saccadé, moins fluide, moins linéaire et les mamans semblaient moins libres dans leurs réponses car il était difficile de ne pas répondre de manière neutre.

Les relances pouvaient influencer leur discours en traduisant une certaine intention de l'enquêtrice.

Les réponses essayaient de la part de l'enquêtrice de s'arrêter à des « oui », ou des hochements de tête pour ne pas intervenir dans leur discours.

Afin de limiter ce biais, l'enquêtrice 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 parler du sevrage ? », et finissait toujours l'entretien par la question : « Avez-vous autre chose à me dire ? » ; les entretiens étaient le plus ouverts possible.

Biais d'information

Certaines mères exprimaient à l'enquêtrice qu'elles avaient réfléchi à leur histoire d'allaitement avant l'entretien ce qui pouvait être un biais dans la spontanéité des réponses.

Nous avons fixé à deux ans, de manière arbitraire, le délai maximal entre la fin du dernier allaitement et la réalisation de l'entretien.

Cependant certaines mamans multipares avaient allaité tous leurs enfants et il était intéressant de reprendre leur histoire d'allaitement depuis le premier enfant même si

l'allaitement datait de plus de deux ans, pour comprendre l'évolution et leur vécu. Donc certains souvenirs ont pu être modifiés ou occultés involontairement.

Biais lié à la méthode d'analyse : biais d'interprétation

La réflexion se poursuit tout au long de l'enquête et opère le plus souvent par allers et retours d'une phase à l'autre, en demandant des ajustements, tout entretien pouvant suggérer des hypothèses dont on cherchera des indices au cours des entretiens suivants et venir ainsi infléchir le guide d'entretien initial.

Aucun entretien n'existe indépendamment des autres.

Le guide d'entretien s'est donc affiné au fur et à mesure pour être modifié après les six premiers entretiens.

c) Difficultés rencontrées

La méthodologie de la recherche qualitative

La réalisation des entretiens était une première expérience pour l'enquêtrice, suscitant un peu d'appréhension avant de débiter, puis un questionnement permanent lié à l'envie de les réaliser au mieux.

Des entretiens « tests » avaient été réalisés auprès de mamans de l'entourage de l'enquêtrice pour lui permettre de conduire au mieux les entretiens et d'adapter le guide. Certaines habiletés sont le fruit d'un long apprentissage dans le domaine sociologique.

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 de préciser ce qui motivait leur allaitement long alors que pour beaucoup de mamans cela leur était une évidence. Aussi lors du premier contact avec la maman l'enquêtrice restait très vague sur le sujet de l'entretien et expliquait qu'il s'inscrivait dans le cadre d'une recherche « des dynamiques sociales, familiales d'un allaitement long, ou quelles sont les valeurs portées par les femmes allaitant longtemps ».

Beaucoup de mères posaient des questions avant l'entretien, et certaines s'inquiétaient de savoir si elles allaient être capables de répondre aux questions. L'enquêtrice essayait de les rassurer sur leurs capacités.

Aussi il était arrivé lors de plusieurs entretiens que les participantes demandent à l'enquêtrice son avis sur la question posée ou lui demandent ce que les autres mamans avaient répondu.

C'était là toute la difficulté de l'entretien c'était de bien faire comprendre aux mamans que l'enquêtrice était là pour les écouter, qu'elle ne parlait que très peu, et qu'elle leur laissait le temps de réfléchir.

Les silences devaient être respectés, et il est vrai que dans les premiers entretiens il était difficile de ne pas intervenir surtout quand ces silences correspondaient à des moments où la maman avait du mal à mettre des mots sur ce qu'elle ressentait, ou des idées qu'elle ne voulait pas forcément exprimer, l'enquêtrice était alors tentée de

l'aider.

L'enquêtrice devait donc être active durant cet entretien tout en essayant de rester objective dans ses questions.

Une fois le dictaphone éteint il n'était pas rare que la personne interrogée ajoute des choses, soit que lui venait subitement une idée à laquelle elle n'avait pas pensé, soit plutôt un point qu'elle n'avait pas voulu voir enregistré.

L'enquêtrice prenait alors des notes juste après la rencontre ou demandait à la mère si elle était d'accord qu'elle enregistre ce complément d'information.

Le contexte familial

Ce contexte familial a parfois été perturbant, notamment lorsque d'autres membres de la famille assistaient à l'entretien. Certains pères ont pu intervenir dans la discussion. Ils en ont cependant peu gêné le déroulement. Ils n'étaient d'ailleurs jamais présents lorsque nous évoquions leur rôle dans l'allaitement. Les nourrissons étaient généralement présents lors des entretiens et demandaient parfois une attention particulière de leur mère.

Le temps de l'entretien

Les enfants étaient souvent endormis en début d'entretien, et leur réveil par la suite perturbait la disponibilité de la mère. Par ailleurs les obligations familiales ont parfois précipité la fin de l'entretien. Cependant les mères avaient été prévenues de la durée probable du questionnaire (30 à 45 minutes) et étaient généralement disponibles.

5.1.3 Les caractéristiques sociodémographiques

Les 22 participantes présentent un profil relativement comparable: elles sont âgées d'environ 30 ans, cet âge moyen est le même que celui observé dans l'étude périnatale en France de 2010. L'âge moyen de 33,6 ans de notre échantillon correspond donc aux données nationales.

Elles ont réalisé des études supérieures et exercent souvent une profession intellectuelle supérieure ou une profession intermédiaire. Elles-mêmes ont été allaitées peu de temps voire pas du tout.

Ce profil dominant correspond aux caractéristiques sociodémographiques de la population qui fait le choix d'allaiter et qui prolonge l'allaitement le plus longtemps (99)(144)(145).

Ayant fait l'objet de nombreuses études, elles sont maintenant bien connues: âge supérieur à 25 ans, niveau d'étude élevé et profession qualifiée (Piper 1995, Gojard 1998, Lelong 2000, Forster 2006, Thulier 2009). Cette différence selon le diplôme et la CSP se retrouve pratiquement dans toutes les études sur le sujet : *Branger B et al., Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes (145), et Durée d'allaitement maternel et facteurs de risques d'arrêt d'allaitement : évaluation dans 15 maternités du Réseau de santé périnatalité des Pays de la Loire en 2012 (144) ; Crost M et Kaminski M, L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. Enquête nationale périnatale.*

Ce sont les femmes les plus diplômées et les plus aisées qui allaitent le plus, alors qu'on pourrait penser que ce ne sont pas elles qui en ont le plus besoin économiquement. L'explication qui vient d'abord est que ce sont elles qui ont le mieux accès à l'information (sur les avantages de l'allaitement pour la santé et pour la relation) et au soutien (par les associations d'aide à l'allaitement).

Cependant l'enquête de l'anthropologue et médecin de santé publique Bernadette Tillard (146) dans la population d'un quartier défavorisé de Lille, montre que les raisons du non-allaitement dans ces milieux sont plus profondes : pour les femmes qu'elle a rencontrées, la « gratuité » du lait maternel n'est pas un argument pour allaiter, bien au contraire. Perçu comme un « mode d'alimentation incertain » notamment par manque de tradition familiale, l'allaitement empêche aussi de « préparer l'événement » par « l'achat d'objets appropriés : pas de biberon, pas de stérilisateur, pas de chauffe-biberon... ». N'entrant pas « dans la dimension consumériste de la grossesse », l'allaitement est mal perçu par ces familles qui souhaitent « le mieux » pour leurs petits, même au prix de sacrifices financiers.

Aussi la surreprésentation des femmes de catégorie socioprofessionnelle élevée dans cette enquête tient à deux aspects : d'une part, cette spécificité correspond donc au profil des femmes qui allaitent plus longtemps que la moyenne ; d'autre part, elle résulte d'un biais de sélection lié au mode de recrutement des femmes interviewées.

En effet, pour participer à l'enquête, ces mamans ont été contactées par les médecins dans les cabinets de pédiatrie (n = 13) , par leur médecin généraliste (n=3), par la PMI (n=1) ou par des forums de discussion sur internet (n = 2). De même, les mamans nous ayant approchées après avoir eu vent de notre étude grâce au bouche-à-oreille (n = 3), faisaient partie de l'entourage amical des femmes précédemment citées. Elles appartenaient donc en général au même milieu social.

Nous nous sommes demandés si cette surreprésentation des femmes issues de milieux socioculturels favorisés pouvait poser problème pour analyser les résultats de l'enquête. L'une des particularités de ces mères est leur propension à se documenter et à aller rechercher par elles-mêmes l'information dont elles ont besoin. Très informées, ces femmes sont donc plus à même de critiquer les conseils que peut leur fournir le corps médical.

Selon S. Gojard, sociologue et chercheuse à l'INRA, met en valeur dans ses articles (78)(108), « L'allaitement, une norme sociale » et « L'allaitement une pratique socialement différenciée » , deux modèles d'allaitement coexistent dans la société française : le modèle « savant » et le modèle « populaire ».

Le modèle « savant » concerne surtout des « *jeunes femmes diplômées de l'enseignement supérieur ou appartenant aux classes sociales dominantes de la société. Il est associé à un discours normatif, construit et argumenté, d'origine médicale et paramédicale* ». Ces mères consultent plus fréquemment les pédiatres, mais tirent également leurs informations des manuels de puériculture.

A noter que cet article date de 1997 : entre temps, internet a pris un essor considérable et complète les sources d'information précédemment citées.

Le modèle « populaire » concerne davantage les femmes non diplômées et/ou issues de l'immigration qui se reposent sur des sources d'information familiales, leur

mère en particulier.

Finalement, il ne nous apparaît pas préjudiciable, pour l'intérêt de cette étude, d'avoir sélectionné essentiellement des mères très informées et promptes à remettre en question les pratiques médicales. Au contraire, l'un des objectifs de ce travail étant de nous permettre d'améliorer notre pratique en tant que médecin.

5.2 Validité externe

Il ne s'agit pas de proposer un modèle de compréhension de l'allaitement maternel prolongé car l'échantillon est trop petit mais plutôt d'engager une réflexion sur l'investissement de l'allaitement comme mode de révélation de leur identité et comme modalité défensive, puis de comprendre les difficultés de ces mères dans le sevrage.

5.2.1. L'allaitement : mode de révélation de l'identité maternelle ?

a) En rupture avec la génération de leur mère

Absence de transmission générationnelle de l'allaitement : faillite identitaire des mères

La quasi-totalité des mères de notre étude n'a pas eu cette transmission familiale de l'allaitement. Très rares sont celles dont l'entourage peut communiquer sur une expérience d'allaitement réussi et encore moins sur une expérience d'allaitement prolongé et cela quelque soient les profils identifiés de ces femmes.

Plusieurs auteurs soulignent cette rupture avec les générations précédentes :

Pour **Didier Jean-Jouveau** (101) « lorsque les femmes vivent dans des sociétés où l'allaitement est courant, elles côtoient, dès leur plus jeune âge, des mères allaitantes et bébés allaités. Ainsi, elles acquièrent naturellement les gestes qu'elles accompliront plus tard, une fois devenue elles-mêmes de jeunes mères »

Or, dans les années 70 et 80, les taux d'allaitement étaient au plus bas. En plus d'être minoritaires, ces allaitements étaient en général extrêmement courts, car voués à l'échec, du fait des conseils souvent erronés alors prodigués par le corps médical : heures de tétées fixes, analyse du lait pour en évaluer la qualité nutritionnelle, pesées avant et après la tétée, etc. En conséquence de quoi, les femmes actuellement en âge de procréer ont peu fréquenté des mères ayant allaité, ou alors, pas plus de quelques semaines.

Sans modèles auxquels se référer, ni proches capables de les conseiller efficacement, ces jeunes mères peuvent se trouver démunies devant la survenue d'éventuelles difficultés au cours de leur allaitement.

En effet, si leur entourage appartient à une génération très peu « allaitante », bercée de discours féministes et médicaux convaincus de la parfaite inutilité de la chose, il ne peut cependant s'empêcher de distiller les mauvais conseils et idées reçues issues du folklore populaire : laits pas nourrissants, espacement des tétées, impossibilité d'allaiter un bébé qui a des dents, et bien sûr, sevrage obligatoire avant

la reprise du travail, etc. »

Cela n'a rien d'anecdotique : plusieurs études ont pu démontrer qu'une jeune femme entourée de personnes ignorantes et inexpérimentée a statistiquement plus de risque de voir échouer son allaitement (**Barron 1988, Branger 2012**)(144)(145).

A ce propos, **M. DUBLINEAU** dans différents articles « L'allaitement maternel prolongé: clinique du lien » (20) et « Allaitement maternel prolongé militant et constitution du lien générationnel » (19) décrit que « *la quête d'étayage culturel* (définition en Annexe) *exotique, (...) interroge sur la capacité de ces mères à s'inscrire dans une lignée familiale.* »

« 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 : « *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* ».

Pascal ROMAN dans son article : « Allaitement maternel prolongé militant et constitution du lien générationnel » (114) met en valeur la notion de transmission familiale dans l'allaitement.

« Renvoyant aux traces profondément enfouies de son histoire personnelle la plus précoce et la plus intime, le choix d'allaiter ou non pour une femme n'est jamais entièrement libre. »

« Les choix de la pratique de l'allaitement long font référence à la transmission transgénérationnelle et à l'histoire du sujet. 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. Cette transmission peut être consciente ou inconsciente : cette transmission se fait à travers plusieurs

générations. La transmission intergénérationnelle revient à la génération des parents et celle transgénérationnelle remonte aux générations antérieures. 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. »

Ainsi, les mères de notre 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. 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, sur le développement et l'autonomisation de l'enfant.

Enjeux et rivalités mères-filles

Certains enjeux et rivalités mères-filles apparaissent avec l'allaitement long, ces mères vont chercher ailleurs un soutien avec d'autres femmes pour combler ce manque de savoir-faire et se tournent parfois vers un militantisme ou des associations et forums sur internet.

Certains psychanalystes ont étudié cette complexité de la relation mère-fille :

M. DUBLINEAU et P. ROMAN dans leur ouvrage (114) décrivent 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 maternalité, 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 de plusieurs mères, **M. Dublineau** 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 ».*

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, 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 l'éducation qu'elles ont reçue », ou encore « l'allaitement prolongé comme moyen de devenir mère ».

E. GOLDBETER-MERINFELD dans son article « Mère et fille : la répétition et la surprise » (24) aborde aussi cette attitude possiblement oppositionnelle aux pratiques familiales qu'elles ont connues : *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. »*

Avoir été allaitées inciterait les femmes à allaiter ?

Dans notre étude, les mamans allaitantes ont été allaitées pour la moitié d'entre elles quelques jours à quelques mois et une seule maman a été allaitée 6 mois.

Ces mamans qui ont été allaitées notent bien qu'elles n'ont reçu pour autant aucune transmission, et qu'il n'y avait pas pour elles d'histoire familiale de l'allaitement. Comme si une durée de quelques mois ne suffisait pas pour ces mères à acquérir cette valeur de l'allaitement. Une seule maman a souligné la culture de l'allaitement maternel bien marquée dans sa famille. Certaines mères de l'étude notent qu'elles n'ont pas reçu de transmission de l'AM de leur mère mais par contre elles l'auraient eue un peu de leur grand-mère, ces grands-mères qui avaient été autrefois nourrices.

Aussi on pouvait penser initialement que les mamans qui sont dans une « démarche logique » de l'AM auraient davantage cette transmission familiale de la valeur de l'allaitement mais cela n'est pas le cas dans notre étude. Donc ce qui est frappant quel que soit le « profil » de la maman c'est l'absence très marquée de transmission familiale.

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. Elles justifient et rationalisent ce constat par le fait qu'il s'agissait d'une autre époque.

La plupart des femmes aussi ont hérité du sentiment de culpabilité de leur propre mère, qui, avant elles, ont renoncé à allaiter, et n'ont donc bénéficié d'aucune transmission familiale sur ce sujet.

Cela semble en discordance avec certaines données de la littérature : (100)(102)

EKSTROM (40), dans une étude suédoise décrivant les soutiens à l'allaitement et vécus en lien avec la durée de l'allaitement, ne pas 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 si elles ont été allaitées 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 pas qu'il y ait un impact sur l'allaitement de leurs enfants.

Pour **S.GOJARD**(78) on remarque que, lorsqu'il existe une transmission générationnelle de la valeur de l'AM –ce qui n'est pas la situation typique de la France considérée comme n'ayant pas cette tradition –, elle favorise le choix de l'AM.

« L'entourage familial joue un rôle déterminant dans la décision d'allaiter, mais aussi dans la poursuite de l'allaitement. Or chaque génération de mère a reçu des conseils différents sur la pratique et la durée de l'allaitement. Ces conseils coexistent dans l'entourage de la nouvelle mère, dans le discours de sa propre mère, sa belle-mère et grands-mères, voire dans le discours des professions de santé. Aussi les parents, souligne S. GOJARD, sont-ils plongés dans une perplexité anxieuse devant la coexistence de normes non compatibles, contradictoires qui évoluent rapidement »

Du coup, avoir été allaitée incite les femmes à allaiter et le facteur de la légitimité familiale neutralise en quelque sorte le facteur de légitimité médicale, ainsi que celui d'ordre socio-économique dans la mesure où un taux élevé d'AM est observé chez les femmes migrantes vivant en France (généralement de milieux socio-économiquement modestes).

En ce sens, **D. JODELET et J. OHANA** dans un travail étudiant les représentations sociales de l'allaitement maternel en France, « Représentations sociales de l'allaitement maternel : une pratique de santé entre nature et culture »(117),montrent que le rôle de l'exemple de leur famille est primordial pour trois quart des mères allaitantes, en opposition aux conseils donnés par les collègues, amies, autres mères, médecins, ce qui correspond à des personnes en rupture avec le milieu familial ou qui cherchent à se démarquer de ses usages.

b) Elles s'orientent vers de nouvelles conceptions éducatives

Le maternage proximal

Certaines mamans s'orientent vers de nouvelles formes d'éducation notamment le maternage proximal. Les pratiques de maternage des sociétés traditionnelles exercent à l'heure actuelle une grande fascination. Le nombre de sites internet et de livres sur le maternage « proximal » en témoigne.

Le maternage proximal est axé sur la recherche d'un resserrement du lien primal mère-enfant (33)(36)(109)(150)

Il a été observé, à travers les techniques de maternage, différents types d'interactions entre l'enfant et sa mère. Il va favoriser la proximité physique de la

mère et de l'enfant, notamment par le portage, l'allaitement long, et le co-sleeping.

Les premières interactions sont de type « distal » d'après **MILJKOVITCH R.**(109) : le contact physique est réduit afin de favoriser la prise d'autonomie du bébé, c'est le type d'interactions que l'on retrouve dans les sociétés occidentales. Les secondes sont de type « proximal » : à l'inverse, les contacts peau à peau sont favorisés à travers les soins et le maternage, notamment dans le but de maintenir l'unité somato-psychique (corps et esprit) et de stimuler la motricité du bébé. C'est ce dernier type d'interactions que l'on retrouve notamment dans les sociétés africaines (en Afrique noire et dans le Maghreb) et dans certaines sociétés asiatiques.(52)

H. STORK (150) s'est intéressée aux variations culturelles du maternage, et ses travaux l'ont conduite à distinguer deux grands styles interactifs distincts : de type distal et de type proximal. *L'interaction distale implique comme vecteur d'échanges privilégiés la voix et le regard. Elle se caractérise également par l'utilisation de matériel tel que les poussettes, les berceaux... Ces objets servent de support au corps du bébé, aux échanges parents-enfant, en maintenant une distance physique. Le contact distal caractérise davantage les sociétés occidentales. En effet, en Europe notamment, bien qu'il existe de profondes disparités et variations locales, les bébés sont davantage mis dans des poussettes, landaus, les contacts corps à corps sont réduits au monde de la maison, celui de l'intimité familiale. Les bébés sont alors portés à la maison, pour être endormis, bercés ou cajolés. Nos bébés occidentaux sont d'ailleurs très rarement portés sur le dos comme il est si fréquent dans d'autres latitudes. Le maternage que nous pourrions nommer proximal, privilégiant le contact peau à peau, apporterait une richesse de stimulations sensorielles et sociales, un sentiment de sécurité interne .*

M.R MORO (65) a désigné sous le terme de « *berceau culturel* » un ensemble de représentations que les parents ont de leurs enfants et celles-ci sont influencées par leurs cultures d'origine. *Elles influencent les actes des parents ainsi que les manières d'entrer en relation avec l'enfant. Ces pratiques de maternage propres à un groupe se transmettent de génération en génération.* Dans le prolongement de ce terme J.Rochette (2002) propose l'expression de « *trousseau de naissance* » hérité de la culture et de la famille. Ainsi *la mère puise dans ce double héritage une layette façonnée et colorée par l'art du maternage de cette culture ou de cette famille-là* ».

Origine et fondements du maternage proximal : conception culturelle du lien mère-enfant

La pratique du maternage proximal a émergé outre-Atlantique. L'une des figures de proue est le pédiatre américain William Sears, auteur de l'expression "attachment parenting"(34). Ce concept repose sur la théorie de l'attachement élaborée par John BOWLBY, un pédopsychiatre et psychanalyste anglais, mort en 1990. Pour lui, l'attachement est un des besoins primaires du jeune enfant de même qu'il doit s'alimenter pour grandir, le bébé doit aussi, pour se développer et explorer le monde, pouvoir trouver sécurité et réconfort par un lien privilégié avec l'adulte.(57)(64)

Bowlby s'appuie aussi sur ses observations de jeunes enfants et de familles, tout en utilisant les apports de l'éthologie et de la psychologie cognitive. Il avance que les bébés développent des stratégies adaptatives différentes selon la manière dont on en prend soin.

Un attachement « sécure » engendre une meilleure régulation émotionnelle, et minimise par la suite les troubles de comportement chez l'enfant et l'adolescent. Ce n'est que lorsque ses besoins de proximité sont satisfaits, qu'il peut s'éloigner de la figure parentale qui le sécurise pour explorer le monde.

D. BLIN : dans son article « au secours du sein » (60) explore la proximité mère-bébé :

« Dans l'allaitement au sein, on assiste sans doute davantage à la rencontre, à la friction entre deux natures : celle du nouveau- né – être pulsionnel par excellence –, celle de la mère où le pulsionnel se modèle de culturel. Dans nos sociétés occidentales, à l'ère de la famille nucléaire, l'isolement et l'éloignement du groupe familial amènent la mère à vivre avec son bébé dans une très grande proximité physique difficile à gérer et qui requiert de l'aide de la part de l'autre : une « matrice de soutien ».

Origine de ces théories de l'attachement (23)(25)(34)(35)(38)(55)(75)(79)

Les théories de l'attachement apparaissent dans un contexte d'après-guerre. A l'issue de la seconde guerre mondiale, la notion d'hospitalisme (René Spitz) montre que les enfants placés en pouponnière, s'ils sont pourtant nourris et soignés, souffrent du manque d'affection et de chaleur et finissent par développer des états dépressifs. **John Bowlby**, pédiatre et psychanalyste, formula par la suite **le concept d'attachement** : les jeunes enfants n'ont pas seulement besoin d'être nourris, mais également de se sentir aimés et en sécurité.

Pour nombreux psychanalystes dont J. BOWLBY, l'enfant aurait besoin d'une figure d'attachement stable et attentive à ses besoins fondamentaux pour devenir un adulte.

En effet, les mères justifient à l'unanimité ce choix d'un allaitement long par la volonté de créer un lien fort, un « attachement » particulier avec leur enfant, à la fois affectif, mais aussi palpable, qui lui permettrait par la suite d'être plus autonome.

Par la théorie de l'attachement J. BOWLBY (34) 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 (Annexe définitions) **(23)(36)(79)** 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 : **Miljkovitch R.** « L'attachement au cours de la vie. Modèles internes opérants et narratifs ». **(109)**

- **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.

Au début du XXe siècle, les psychanalystes (**Freud, Klein, Winnicott**) ont évoqué le rôle positif joué par l'allaitement sur la relation mère-bébé, puis vinrent les travaux de **Bowlby (1978)**, sur l'attachement et la création du lien.

Depuis, ces mots attachement ou lien, sont les bases de la recherche sur la psychologie du nourrisson et du jeune enfant. Le « *holding* », le « tenir rassemblé », (190) l'importance de la proximité physique entre l'enfant et les adultes qui le prennent en charge sont reconnus comme la base de la sécurité psychique du tout-petit. Pour l'enfant, le portage est à la fois massage, bercement, stimulation psychomotrice, mode de transport ...

On pourrait donc en déduire que l'allaitement prolongé, avec la proximité corporelle qu'il crée entre l'enfant et sa mère, est l'un des moyens possibles de cette sécurité. Pourtant, les thérapeutes français dans leur grande majorité, **Serge Lebovici (181)** et **Françoise Dolto (113)** en particulier, bien qu'attentifs à l'importance de la proximité mère-bébé, ont surtout abordé l'allaitement en termes de mise en garde.

Ce maternage proximal se veut être au plus proche de l'enfant, de ses besoins et attentes. Cela va-t-il lui permettre avec toute cette sécurité et proximité dans la relation, de pouvoir se détacher plus facilement de la mère ?

Depuis quinze ans on a vu s'opérer un glissement : d'un modèle prônant la séparation, de laisser pleurer par exemple un nourrisson, de ne pas le prendre dans son lit, on est passé progressivement à une tendance inverse avec des pratiques et des éducations alternatives. Elles se traduisent par exemple par le portage du bébé près du corps, grâce aux écharpes de portage, la rencontre avec leur enfant est facilitée et les mères reconnaissent plus vite ses besoins, et aussi le cododo qui consiste à dormir avec son enfant dans le lit ou à proximité (42)(72)(73). Le partage du lit et l'allaitement sont étroitement liés et dormir à côté du bébé est une aide pour les mamans qui allaitent.

Le maternage proximal met en valeur l'émergence de nouveaux modes de maternité :

Sandrine Garcia (150) dans son article « Mères sous influence. De la cause des femmes à la cause des enfants » analyse le rôle de la psychanalyse de l'enfant dans un nouveau mode de maternité, celui impulsé par Françoise Dolto. Cette dernière va promouvoir, puis incarner une conception de l'enfance qui devient la cause de l'enfant (Dolto) (113). Défendant l'idée que le bébé est un sujet à part entière, elle promeut une éducation qui prône l'épanouissement de l'enfant. Ce bien-être passe par la disponibilité et l'investissement de la mère. On assiste donc à une telle promotion de l'enfance, qu'elle va dans une certaine mesure, assigner les femmes à la maternité.

Exemple du portage : (45)(46)(48)(49)(50)(52)(53)(55)(58)(65)(190)(189)(190)(191)

Quel est le lien entre le portage, l'allaitement, le cododo et tous ces autres phénomènes très actuels autour des bébés et des liens d'attachement ?

L'objectif du maternage proximal est d'apporter la sécurité affective de base qui soutiendra l'accession du bébé à l'autonomie.

Tout comme l'allaitement, porter son bébé s'inscrit ainsi dans une démarche de proximité et de contenance corporelle tout autant que psychique.

Un des porte-bébés (190) qui existent est l'écharpe ou foulard de portage que l'on noue, mais de nombreux autres systèmes existent : tels que le sling, les porte-bébés « kangourou », les porte-bébés de type asiatique (chinois, mei tai..), le portage sur le côté qui probablement le plus ancien.

Le portage se développe en Occident depuis les années 1970, en lien avec une évolution de la façon de s'occuper des bébés, un regain pour le maternage et la proximité mère-enfant. L'association Internationale LL a diffusé dans le monde entier la technique de porte-bébés aux mères allaitantes. Parallèlement, une mère de jumelles a importé en Allemagne des techniques d'origine sud-Américaine, en utilisant de longues bandes de tissu pour porter le bébé en appui sur les deux épaules.

Effets du portage

Pour les mamans, il semble que le portage contribue à réduire les risques de dépression du post-partum (192), la mère se sentant alors forcément moins à l'écart. Aussi la présence sur soi du bébé faciliterait la stimulation hypophysaire favorable à l'allaitement.(45)

Pour les papas, l'un des principaux avantages du portage est de leur permettre un contact physique et privilégié avec leur enfant.

Le maternage « proximal » puisque non distal ne « mettrait » pas de distance entre la mère et son bébé ?

Pour **Régine PRIEUR (47)**, psychologue dans son article « plaidoyer pour une

proximité non exclusive » ce portage serait pour la mère un moyen de se libérer de cette proximité.

Pour elle « il nous échappe ce point essentiel qu'est la non-exclusivité de la relation mère-bébé de ces sociétés traditionnelles qui utilisent ces techniques de portage ». « Porter son bébé toute la journée en tête à tête, sans rien faire d'autre, ne me paraît pas être la même chose que ce que font les mères des sociétés traditionnelles. Ellesportent afin de pouvoir fonctionner, travailler, reprendre une vie sociale et partagent même ce portage. Finalement, tous les articles qui opposent le maternage « distal » au maternage « proximal » induisent dans la façon dont ils sont posés un doute. Le maternage « proximal » puisque non distal ne « mettrait » pas de distance entre la mère et son bébé. Il me paraît plus juste de voir le portage comme mettant en place une proximité non exclusive où le bébé en sécurité voit sa mère regarder les autres et les regarde à son tour. La mère ne s'arrête pas pour lui, même les tétées ne nécessitent pas une interruption de l'activité maternelle. Le portage joue avec les paradoxes, en rapprochant, il sépare. L'enfant n'y est pas roi, il n'est pas au centre, il s'imprègne du fonctionnement des adultes. »

Alors que la mère qui cherche pour son bébé une autonomie précoce, et veut à tout prix qu'il dorme dans son berceau, qu'il ne s'habitue pas aux bras, se retrouve complètement centrée sur les rythmes de veille et de sommeil de son bébé. Elle lutte, le console un peu, le repose,

Parfois cela marche, puis il pleure à nouveau, elle le reprend, n'ose pas sortir à l'heure de la sieste, etc. Toute son attention et son énergie courent finalement le risque d'être captées par son bébé.

Finalement le portage pourrait ressembler à un retour un peu passéiste. Mais on peut le voir aussi autrement. Le XIX^e siècle et la première partie du XX^e siècle nous ont laissé face à deux tentations : formater et régler le bébé, ou se sacrifier à ses besoins. La mère d'aujourd'hui cherche une troisième voie. Elle tente de concilier la mère, la femme, sa vie personnelle et ses activités, etc., faisant du portage un geste partageable avec le père, extrêmement adapté et moderne. »

Le maternage proximal à visée thérapeutique

Des études (45)(189)(191)ont montré que cette technique de portage pouvait être utilisée avec des enfants atteints d'autisme ou de troubles neurologiques et stimuler les enfants ayant des troubles moteurs (hypotonie, trisomie...).

Aussi Les parents perçoivent plus finement le langage corporel car l'enfant est à la meilleure distance qui soit pour faire entendre ses besoins : de propreté, de mouvement, de bercement, d'attention, de découverte. Ses besoins étant satisfaits, l'enfant a confiance en ceux qui s'occupent de lui – un lien mère-enfant solide favorise le développement et l'intégration sociale de ce dernier.

Les porte-bébés sont également utilisés dans le cadre d'exercices de rééducation mais aussi pour aider à l'accompagnement de bambins en fin de vie. Dans certains services de pédiatrie, le portage est également utilisé, principalement en salle de jeux, pour s'occuper d'un ou de deux enfants simultanément, lors d'hospitalisations

psychosociales. Les enfants sont ainsi sécurisés par une personne qui a plaisir à leur apporter de la chaleur tout en étant à même de se mouvoir librement. Dans un service de pédiatrie Liégeois, une intervenante spécialisée en portage et massage-bébé, utilise ces outils comme médiateurs positifs au sein du triangle parents-enfant-professionnels. Elle aide ainsi des mères d'enfants à problèmes digestifs – ou anorexiques – à s'autoriser à lâcher le rôle de soignante de leur enfant, pour redécouvrir un contact agréable avec lui.

Quelle autonomisation de l'enfant ?

Certaines études **(23)(25)(52)** ont montré depuis longtemps que l'allaitement ne vient pas seulement en réponse à une demande de nourriture mais aussi comme moyen de soulager l'enfant en cas d'inconfort (stress, peur...).

En conséquence, un enfant allaité, grandit dans une atmosphère de tendresse, d'amour, de confort et de protection qui lui permet de développer le sentiment très fort de sécurité face au monde qui l'entoure : il aura donc tendance à expérimenter rapidement de nouveaux gestes, et à gagner en indépendance dans la mesure où il sait que sa mère est là en cas de besoin.

Plusieurs mamans de l'étude expriment cette notion d'autonomisation plus précoce qu'elles ont observées chez leurs enfants qui étaient allaités longtemps.

Pour elles l'allaitement long permettrait à l'enfant avec toute l'affection et la sécurité que cela leur procure, de pouvoir se détacher plus facilement de la mère, en tout cas c'est le sentiment qu'elles exprimaient.

Mais l'individuation de l'enfant peut-elle se faire par cet allaitement long ?

Ce choix est-il néfaste pour le développement psychologique de l'enfant ?

D'après **Lighezollo (31)**: « *le recours itératif à la succion du pouce ou de l'index cesse selon nous d'avoir une valeur positive demoment de repli en termes d'auto-apaisement lorsqu'il devient un besoin presque constant du jeune enfant. Un bébé resté prisonnier de la relation de corps à corps sera incapable de supporter même un temps court l'absence de la mère, et recherchera immédiatement son rétablissement en pleurant, ne rétablissant une sécurité que par l'agrippement et le portage. Ce dernier devient alors un mode d'interaction privilégié entre lui et sa mère (ou le substitut).*

Ce temps du sevrage majore le plus souvent dans notre contexte socioculturel une dépendance réciproque importante entre la mère et l'enfant, générant l'édification d'un lien d'attachement prenant fréquemment une coloration insécurisante dès le lâcher du corps à corps. Il appauvrit probablement la construction de l'espace imaginaire et de l'aire transitionnelle de l'enfant ainsi que son développement langagier.

Pour elle cela mériterait de faire l'objet d'une recherche future visant à comparer le développement psychologique d'enfants allaités de manière prolongée à celui d'enfants sevrés plus précocement ».

Concernant le développement cognitif et psychoaffectif des enfants allaités longtemps très peu d'études scientifiques ont été réalisées :

(88)WANG B. et al, "Brain ganglioside and glycoprotein sialic acid in breastfed compared with formula-fed infants":« l'un des effets collatéraux de l'allaitement est l'attachement et l'interaction plus forte mère-enfant. Or on sait que l'attachement augmenté favorise le développement cognitif puisqu'il est lié à plus d'expériences, donc une multiplication des interconnexions neuronales. »

(3) RIGOURD V. article : « Allaitement maternel : bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère » 2013 : La démonstration scientifique du rôle propre de l'allaitement maternel dans ses bénéfices affectifs pour l'enfant et pour la mère est difficile. La controverse porte surtout sur le fait que l'effet pourrait être lié au contexte affectif de l'allaitement maternel mais certains bénéfices pourraient être rapportés aux facteurs biologiques du lait de femme comme sa richesse en acides gras polyinsaturés et en acide sialique intervenant dans la maturation de la rétine et du cortex cérébral et dans la synthèse des sphingolipides. Le rôle de la relation d'attachement qui s'instaure entre la mère et l'enfant qu'elle allaite et son effet stimulant sur le développement cognitif est indiscutable. Un schéma conceptuel a été dessiné par Michaelsen et al., expliquant que le comportement maternel pouvait être à la fois un facteur confondant comme un médiateur et que l'allaitement maternel lui-même modulait le comportement maternel. »

Mamans « naturelles »

Le deuxième profil des mamans de notre étude correspond aux mamans qui par leur allaitement long, adoptent un mode de vie « naturel ». Ces dernières années, la montée en puissance de l'écologie a modifié la façon d'envisager la maternité. Au-delà des remises en cause de la surmédicalisation ou des lobbies industriels, on voit parfois poindre l'idée controversée d'une « nature féminine ». (37) (57)

Décrivant les éléments multifactoriels pouvant expliquer le regain de l'allaitement maternel en France, **D. JODELET (27)** 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. »*

Certaines de ces femmes qui allaitent au-delà de la norme ont une démarche d'allaitement qui s'inscrit dans des préoccupations environnementales et écologiques. (37)

Allaiter, c'est éviter les pollutions liées aux boîtes et contenants divers, à la nécessité de disposer de vaches en surnombre, de surfaces agricoles supplémentaires; c'est se passer d'abreuver celles-ci de produits chimiques, médicamenteux ou de pesticides divers ; c'est économiser l'énergie nécessaire pour tirer le lait des bovidés, le transformer, le conditionner et le transporter. L'allaitement n'est pas meilleur, il est la biologique.(74)

Allaiter peut être aussi un choix politique anticapitaliste et antimondialiste contre l'industrie alimentaire :

Selon l'OMS, (182)(183) les industriels qui vendent les laits de substitution sont responsables de la mort d'un million et demi d'enfants, chaque année, en raison de

leur recherche de marchés dans des pays où leur utilisation est dangereuse (pas d'eau potable, pas de moyen de combustion, pas de revenus suffisants pour acheter assez de lait, incapacité à lire le mode d'emploi souvent rédigé en langue étrangère...). Refuser de leur donner un centime d'euro peut aussi être un acte citoyen.

Accouchement « naturel » : (32)(54)(74)

Ces femmes veulent aussi un accouchement sans péridurale, le plus physiologique possible.

Cette pratique d'accouchement naturel sans intervention médicale, dans le respect du processus physiologique de la naissance émerge depuis quelques années plus doucement que l'allaitement.

Une équipe québécoise (74) intitulée « Les normes de l'allaitement maternel et de l'accouchement naturel: un examen de leur instauration » a étudié cette émergence de l'accouchement naturel depuis quelques années en rapport avec celle de l'allaitement :

« Sous l'impulsion du mouvement d'humanisation de la naissance certains aspects de l'accouchement se sont humanisés. La norme de l'accouchement naturel serait plutôt le fait d'un groupe social particulier qui défend la valeur d'humanisation de la naissance et pour qui un « bel accouchement » se déroulerait sans intervention médicale ».

Dans notre travail les femmes qui ont accouché sans péridurale étaient celles qui présentaient surtout les profils d'allaitement « relationnel » et « naturel », un peu moins celles avec une démarche logique de l'allaitement, et avec des degrés et intensités différents dans leur démarche. Certaines font cette démarche d'un accouchement naturel dans leur projet de naissance, dans une vision écologique, c'est à dire sans produits chimiques. D'autres par contre préfèrent cet accouchement pour rester « éveillées », et participer activement à l'accouchement.

En quête d'une hypermaternité

L'allaitement est une pratique écartelée entre prescriptions sociales dans lesquelles les femmes sont sommées de remplir leur devoir de mère, et entre une pratique de maternage, qui peut, pour certaines, être vécue sur un mode du plaisir ou encore sur un mode de la révélation de l'identité.

Ces deux pôles peuvent être considérés comme des frontières, entre lesquelles on pourrait situer les différents modes de vécus d'allaitement.(97)(101)(107)(151)

L'allaitement valorise le rôle de la mère et révèle son identité : elle devient souvent « hypermaternante » par cet allaitement long. Elles pensent apporter à leur enfant une réelle sécurité intérieure, et celle-ci est la clé de son futur équilibre.

Pour **D. BLIN** dans son article : « Le lait objet de la rencontre (90) » : « *l'allaitement est un don de soi* » : « *Avoir du lait est un don. La mère, en allaitant son bébé, offre son sein. Avoir du lait marque la puissance, la possession (...). Donner son lait s'inscrit dans la relation à l'autre, ici dans la relation au bébé mais aussi à l'homme, le père de l'enfant, au groupe et à la société. Les mères qui donnent leur lait sont de*

meilleures mères, elles suscitent l'admiration... c'est le regard des autres sur soi, des soignants sur soi. Le lait attire le regard, ce regard qui excite et flatte la mère. L'allaitement symbolise la générosité, le dévouement, l'abandon, l'oubli de soi. Il contribue à édifier le narcissisme maternel. Le lait marque sa qualité de femme, sa compétence maternelle. Il signe son être mammifère. Il appose la signature d'un corps bien fini qui fonctionne complètement. Il affirme le pouvoir de produire et permet d'éprouver la jouissance d'une capacité : « J'allaiter parce que j'ai du lait, une mère a du lait. J'ai du lait, j'allaiter, je sais être complètement mère. »

Pour **B.BRUSSET** dans son article tiré de l'ouvrage « l'allaitement maternel, une dynamique à bien comprendre (89) (111): *« la mère idéale, ou simplement bonne, est celle qui allaiter son bébé. Celle qui ne le fait pas, quelle qu'en soit la raison, est toujours confrontée à la crainte d'être une mère sèche, mauvaise, qui ne donne rien et, à la limite, une mère mortifère. Les recherches montrent que la mère qui n'allaiter pas est souvent portée à donner d'autant plus, à se donner par d'autres moyens, voire à se sacrifier. »*

Ce maternage proximal dit aussi maternage exclusif ou intensif valorise certaines pratiques qui favorisent le lien unique « mère-enfant ». Parfois ces mères s'inscrivent dans un courant militant fondé sur l'idéologie pro-allaitement, trouvant un groupe de référence, exclusivement féminin, où elles sont survalorisées dans leur rôle de mère. Pour autant cela met en valeur une identité paradoxale car elles restent indifférenciées dans leur groupe associatif et sont aussi confrontées à la marginalité au regard de la société.(75)

Certaines mères de notre étude ont réalisé une reconversion professionnelle à la suite de leur allaitement long, d'autres se sont tournées vers des techniques de communication bienveillantes. Cette période d'allaitement est pour elles une période de profonde remise en question, quant à leur éducation ou leur projet professionnel.

c) Rôle des communautés numériques et associatives

Bien souvent à l'instigation de certaines professionnelles de santé, elles-mêmes touchées par un manque de soutien, un désintérêt ou une hypermédicalisation de leur allaitement, des réseaux d'entraide se sont mis en place par le biais de groupements associatifs.

L'action de ces associations se situe au-delà du simple soutien de la femme « isolée » désireuse d'allaiter. Militant avec énergie, elles prennent place aux côtés des organismes internationaux dans des initiatives de promotion de l'allaitement maternel.

C'est ainsi entre autres que se sont créés la spécialité de consultante en lactation et la mise en place récente de nombreux sites internet.

Le mouvement associatif (28)(40)(75)(101)(147)(148)

Soutien, source d'information

Alors que les taux d'allaitement maternel à la naissance sont au plus bas dans les années 70, un mouvement associatif pour le soutien à l'allaitement maternel se

développe. Encouragée depuis la déclaration conjointe des « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » par l'OMS et l'Unicef, la constitution d'associations de soutien progresse dans les années 80 sur tout le territoire. Des initiatives ponctuelles germent çà et là.

Des associations et quelques professionnels de santé dénoncèrent le problème des horaires rigides des routines de soins en maternité, de la séparation mère enfant la nuit, des biberons de complément. Car la méconnaissance de la physiologie de la lactation a été pour beaucoup dans l'échec de l'allaitement maternel durant des décennies en France.

Le livre de M. THIRION (135) diffusé largement, connaît un grand succès à une époque où les femmes trouvent peu de réponses cohérentes à leurs difficultés d'allaitement. Les associations de soutien à l'allaitement se répartissent aujourd'hui en trois groupes :

- La Leche League
- Solidarilait
- Associations indépendantes

L'objectif de ces associations est d'abord d'aider les mères qui ont choisi l'allaitement sous la forme de permanences téléphoniques, organisation de réunions de mères, diffusion de plaquettes, livres et autres documentations, mais aussi sensibiliser les femmes enceintes, les professionnels de santé et répondre aux demandes de formations.

Les principaux éléments que nous avons pu relever de l'idéologie du mouvement pro-allaitement font apparaître distinctement à quel point l'allaitement se trouve, en tant que mode de lien privilégié à l'enfant, idéalisé, parfois sacralisé, au risque souvent d'en oublier l'enfant en tant que sujet différencié de la mère : (51)(75)(102)

- l'allaitement est davantage appréhendé du point de vue de la mère, de son expérience de maternage, de l'épanouissement de sa féminité et un peu moins du point de vue de son bébé.

- l'illusion entraîne parfois les militantes à la recherche fantasmatique du paradis : illusion d'une relation mère-enfant sans conflit, sans tension, sans différenciation ou elle tente de ne pas différer le besoin de l'enfant, la satisfaction est quasi-immédiate de jour comme de nuit.

- recherche de fusion avec l'enfant : la toute-puissance mégalomaniacale de certaines mères va alors contribuer à faire perdurer l'illusion qu'elle sont tout pour leur enfant et qu'il est tout pour elles.

Le groupe comme modalité de réponse à une blessure narcissique

Pour bon nombre de mères, le recours à l'association trouve son origine dans la colère issue de leur vécu du séjour en maternité.

La quasi-totalité des mères qui viennent à l'association après la naissance de leur enfant racontent leur rencontre malheureuse avec le milieu médical.(58) Elles

mettent en avant l'incohérence des positions médicales et l'absence de communication qui va susciter les sentiments de colère.

Rôle des réseaux sociaux

La majorité des participantes de notre étude a fréquenté, de manière occasionnelle ou régulière, les réseaux sociaux voués à l'allaitement, que ce soit les associations de soutien ou les forums de discussion internet.

Dans une **étude de 2004**(Fadda, 2004)(84) portant sur la conciliation de l'allaitement avec la reprise du travail, 12 des 29 femmes interrogées s'étaient également informées auprès d'associations et plus de la moitié grâce à l'utilisation d'internet.

Pour certains professionnels de santé, il peut être tentant de considérer d'un mauvais œil ces réseaux, préjugant qu'ils cherchent à se substituer à leur autorité médicale. Mais le rôle de ces associations et de ces forums peut-il vraiment se comparer ou se substituer à celui des médecins ? Quelle est leur place exacte aux côtés des mères allaitantes ?

Dans notre étude, les mères qui avaient fait appel à des associations avaient eu recours à ces réseaux pendant la grossesse afin d'acquérir des bases solides destinées à favoriser la réussite de leur projet, puis après la naissance de l'enfant. Lorsqu'elles avaient été confrontées aux difficultés courantes qui émaillent le démarrage de l'allaitement, telles que des crevasses, des engorgements, une «confusion sein/tétine » ou un réflexe d'éjection précoce, elles avaient souvent fait appel à ces réseaux en première intention, les jugeant plus à même de répondre à leurs interrogations que le corps médical.

C'est ce partage d'expériences qui semble donner une grande valeur aux conseils reçus, dans la mesure où les mères concernées ont l'impression d'être comprises par ces femmes qui se sont heurtées aux mêmes angoisses qu'elles.

Pour **M. DUBLINEAU** dans son étude :« l'allaitement maternel prolongé :clinique du lien »(20) *« ces mouvements militants ont pour but d'informer les mères et de les soutenir dans leur choix , remplaçant ainsi le rôle de transmission de la mère et de la grand-mère. »*

Selon **M. PILLIOT** pédiatre et président de la COFAM,(17) les associations *«contribuent au succès de l'allaitement après le retour à la maison, en facilitant les rencontres et les partages de mères à mères»*.

Ce rôle de soutien matériel et psychologique est bien connu, ayant fait l'objet de nombreuses publications. Il est souvent perçu comme plus important que le soutien apporté par le corps médical, du fait de sa plus grande disponibilité (**McInnes, 2008 ; Cowie, 2011 ; Schmied, 2011**).

Certaines participantes de notre étude déclarent également avoir fait appel aux associations afin de vérifier les recommandations ou prescriptions de leur médecin quand elles doutaient de ses compétences. C'est le cas, par exemple, d'une mère (mère 6) qui a souhaité s'assurer de la compatibilité d'un médicament dont la notice proscrivait son utilisation pendant l'allaitement ou encore de cette autre mère (mère

10) à laquelle les médecins soutenaient qu'il était indispensable d'interrompre l'allaitement du fait de l'incompatibilité du traitement antibiotique prescrit ou des anesthésiants (mère 7).

Nombre de médecins seraient certainement choqués de savoir leurs compétences ainsi remises en cause et d'apprendre que leurs patientes préfèrent s'en remettre à des personnes sans aucune formation pour des questions relevant pourtant du strict exercice médical.

Cette pratique est bien symptomatique de la perte de confiance des femmes interrogées à l'égard des médecins généralistes pour les questions liées à l'allaitement. Cela pose la question du niveau de compétence des médecins. Est-il adapté à ce que l'on peut attendre d'eux dans la prise en charge des mamans allaitantes?

Forums sur le web

Ce qu'on y observe en premier c'est que la majorité des *posts* est consacrée à des questions très techniques autour de l'allaitement. Lors de ces échanges, l'allaitement est à la fois traité comme une pratique technique (« Que faites-vous quand... ? Comment faire pour... ? »), et à la fois comme une activité qui a besoin de beaucoup de soutien pour exister et perdurer, même lorsque cette activité est promue comme « naturelle ».

On observe aussi de nombreuses discussions plus idéologiques, dans le sens où elles relaient un ensemble de convictions et de croyances qui tendent à s'ériger en doctrine.(147)

Le discours de ces femmes se présente dans une légitimité paradoxale : à la fois l'allaitement est une pratique dont la légitimité et la vérité scientifique ne se discutent pas, et à la fois les internautes qui le promeuvent se vivent comme des rebelles et des guerrières, en marge de la norme.

Le rôle de ces communautés numériques qui promeuvent l'allaitement est équivoque : font-elles office de « groupes de soutien » tels que souhaités par la LL, qui compenseraient une absence de soutien social et familial ? Ou comme le dit **H.BARDON** (147) *les forums de discussion, s'ils permettent de normaliser les comportements d'allaitement des mères, ouvrent –ils en fait la voie à un « exercice immanent de la discipline » en laissant croire aux mères qu'elles choisissent librement cette pratique ? »*

H.BARDON souligne les particularités de ces nouveaux outils de communication dans le discours de l'allaitement maternel dans sa thèse (147) : « un cas d'aliénation autonome : les discours sur l'allaitement maternel sur les forums de discussion sur internet »

« Pour certains défenseurs, l'allaitement maternel constitue le noyau de leur vision de la société ; il en est le paradigme même. L'allaitement maternel permet de tenir un discours normatif ayant des implications sur d'autres domaines que la simple alimentation des bébés. Une autre particularité du discours des associations de promotion de l'allaitement maternel a également retenu mon attention : la référence à Internet. Ces associations sont d'ailleurs les premières à estimer qu'internet a une

influence notable sur les taux d'allaitement, au même titre que leur propre action: «c'est dès lors essentiellement au développement d'associations de soutien à l'allaitement maternel notamment la Leche League , ainsi qu'au vecteur Internet, que l'on doit une augmentation sensible des taux d'allaitement en France »

On remarquera cependant que l'auteure de cette affirmation ne cite aucune source prouvant que l'impact d'Internet comme celui de l'action des associations de promotion de l'allaitement maternel sur le taux de l'allaitement maternel en France a été objectivement évalué. Précisons également que Martine Herzog-Evans est membre de la Leche League France. »

À ce titre, l'analogie entre groupes de discussion et forums Internet est d'autant plus intéressante qu'elle amène une série de remarques et de questions sur la diffusion, la pérennité, la transversalité et les effets (supposés) du discours sur l'allaitement maternel : le groupe, qu'il résulte d'un mouvement associatif, de la participation de chacun à un forum de discussion ou autre, est supposé être propice à la diffusion du discours. La question est alors par qui/comment est-il introduit et maintenu ? A l'inverse, suffit-il à lui seul à créer et maintenir une communauté de pensée ?

H. BARDON ajoute : *« Le groupe est la modalité initiale de diffusion du discours de promotion de l'allaitement maternel adoptée par La Leche League à sa création. L'association l'a héritée de ses fondatrices ou plus précisément de leur appartenance au Christian Family Mouvement. Elle précise que « le lien avec le Christian Family Mouvement(CMF), association œcuménique, apparaît clairement dans la méthode proposée pour l'organisation des groupes ». La forme des réunions reprend celle qui a été utilisée originellement par le CMF : des petits groupes de discussion sur la religion, fonctionnant en tant que "cellule d'action". Ces groupes sont animés par des « animatrices de la League, qui doivent être au courant des derniers développements de la recherche scientifique, reçoivent une formation initiale et continuent de se perfectionner par le biais de congrès et de documentation spécialisée. Ce sont elles qui bien sûr délivrent le discours officiel de l'association. La structure et le fonctionnement du forum de discussion est en réalité assez proche de ces groupes de discussion. Tous les participants d'un forum de discussion n'ont pas le même statut, à l'instar des réunions de La Leche League, les animatrices de l'association sont remplacées dans les forums par les modérateurs et les administrateurs, qui ont le pouvoir de censurer les messages des internautes et donc ainsi de contrôler le discours, et d'éviter ainsi que les contestations du discours dominant ne prennent l'avantage ou ne viennent le contredire de façon trop pertinente. »*

d) L'allaitement long se cache-t-il de la société ?

Phénomène du closet nursing

L'allaitement long serait-il dissimulé ? Est-ce que ces mères passent leur allaitement sous silence ?

Beaucoup de mamans allaitantes « mentent » à leurs docteurs simplement, contribuant ainsi à l'impression chez les professionnels de santé qu'allaiter un grand enfant est rare et un comportement inhabituel.(153)

En effet les femmes allaitant longtemps ne le cachent pas systématiquement à toute personne, mais sachant les limites d'acceptation de notre société dans toute circonstance, les mères évaluent ce qu'elles peuvent ou non dire, ou laisser connaître. Elles hésitent, observent leur interlocuteur, et adaptent leur attitude.

La littérature fait peu état du fait que les mères cacheraient leur allaitement.

Néanmoins **Katherine A. DETTWYLER** dans « Brestfeeding and biocultural perspectives » (154) dit qu'« *allaiter un bambin aux EU est bien plus commun qu'on ne le pense, et de nombreuses femmes allaitent leur enfant pendant 2,3, 4 ans ou parfois plus mais vous ne le voyez ni n'en entendez parler* ».

« Closet nursing » est appelé aussi « subrosa nursing » ou « secretive nursing », termes qui nous viennent des Etats Unis.Ces mamans pour la plupart préfèrent dire qu'elles ont sevré l'enfant, plutôt que de se perdre en justifications de leur attitude

Elles évitent le regard des autres, et cachent leur allaitement à leur entourage, à leurs collègues de travail jusqu'à parfois en faire une pratique clandestine.Quand les femmes souhaitent allaiter longtemps, les deux difficultés majeures qu'elles rencontrent sont le regard des autres et l'organisation au travail.L'image véhiculée par l'allaitement d'un bambin reste assez péjorative.

Les mères sont régulièrement confrontées aux remarques négatives de leurs familles, collègues et amies. Elles subissent également le regard des autres dans les lieux publics si elles s'aventurent à donner une tétée à leur enfant qui marche.

Une **étude ancienne réalisée par la Leche League sur 179 femmes (1995)** (135)est toujours d'actualité dans ce domaine, elle vient confirmer que plus l'enfant grandit, plus les femmes se sentent stigmatisées. Elle 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.

Aussi la beauté, valeur hautement subjective, est dans notre civilisation et depuis la période Antique, attachée aux seins (28), mettant d'emblée les femmes dans un système évaluatif pourtant indépendant de leur volonté. A cette valeur d'esthétique s'est associée l'érotique générant une certaine confusion quant à la fonction dévolue aux seins : attributs de la séduction sexuelle ou de la maternité, avec une certaine

propension à considérer ce « ou » comme exclusif. Cette confusion se traduit même par une sorte de paradoxe où l'on a en Occident, des corps féminins largement dévoilés d'un côté (sur les plages, dans les magazines...) et de l'autre une pudeur outrée face à des femmes allaitant publiquement.

L'acte public d'allaitement suscite d'ailleurs des émotions sociales assez négatives gêne, honte de la part des mères (184) jusqu'à des accusations « d'attentat à la pudeur », de « transgression » de tous les codes de vie en collectivité de notre société.

Un forum intitulé *Hé, Facebook, ce n'est pas obscène d'allaiter !* A même été créé après que le site ait retiré de ses pages des photos d'allaitement, estimant qu'elles pourraient être jugées trop osées (Le Nouvel Obs., 2008). On comprend alors pourquoi les mères ne sont que 36% à se sentir tout à fait à l'aise en donnant le sein en dehors de chez elles (185).

Certains auteurs mettent en valeur différents arguments pour faciliter la démarche de la mère dans cet allaitement long :

Pourquoi est-il dommage que l'allaitement long soit dissimulé ? (147)(101)

Pour la santé de tous ? Nous ne reviendrons pas sur les bénéfices liés à la durée de l'allaitement qui ont été développés en Annexe. Cependant, un aspect essentiel a très justement été évoqué par **Claude-Suzanne Didierjean Jouveau**(147)(101) :« *il peut être bon de ne pas se cacher pour allaiter un grand. C'est la seule façon pour que ce geste redevienne un jour naturel dans notre société. Et c'est sûrement plus clair pour l'enfant, qui ne comprend pas toujours pourquoi cette activité si gratifiante doit rester clandestine...* »

Parce qu'il fait plaisir ? Dans son étude de 2008, **Gribble** (155) présente un tableau résumant les raisons pour lesquelles les mères continuent à allaiter, alors qu'elles n'en avaient pas l'intention, ou qu'elles avaient l'intention de ne pas le faire. Les motifs arrivant en tête sont dans l'ordre: le plaisir de l'enfant à téter ou son refus de se sevrer pour 48% des mères, l'augmentation de leur connaissance de l'allaitement pour 45%, être membre d'une association ABA (Australian Breastfeeding Association) pour 33%, l'exemple d'autres mères allaitant longtemps pour 27%, le bénéfice visible ou la valeur de la poursuite de l'allaitement pour 26%, l'évolution au fil du temps processus graduel pour 17%, le plaisir des mères à allaiter pour 16%. Prolonger l'allaitement fait d'abord plaisir aux enfants, puis aussi aux mamans. Il est intéressant de noter que le plaisir des enfants, ou leur refus de se sevrer arrive en 1^{ère} position, et que celui de la mère seulement en 7^e position.

L'allaitement cessant souvent avant que les enfants n'aient la parole, il est rarement tenu compte de leur vécu. Il serait intéressant de demander aux enfants leur ressenti sur cet allaitement long.

Opposition contre les normes sociales

Ce choix de l'allaitement n'est jamais entièrement libre chez la femme. S'obstiner à allaiter un grand bambin implique donc souvent de se retrouver confrontée à l'incompréhension, voire l'hostilité de la société.

Les difficultés et la culpabilité qui accompagnent souvent la mise en œuvre de l'allaitement au sein montrent que le geste est soumis au regard social, à la loi des codes et met en valeur le conflit des normes.

Comme pratique corporelle cela engage directement le rapport de la femme à la souffrance et au plaisir. Cela concerne aussi l'image physique, sociale et morale que la femme donne d'elle-même, de sa féminité et de son sentiment maternel. Et dans la relation à l'enfant ainsi autorisée le don se double d'une puissance qui parfois effraie.

Concernant l'usage nourricier du sein on peut noter la triple normativité dans laquelle se vit : (108)(111)(147)

- Celle ancienne du péché de la chair montrée et dévoilée
- Celle moderne de l'ostentation des attraits érotiques
- Celle intemporelle du devoir maternel

Pour ces femmes qui allaitent pour une durée qui dépasse « la norme » elles doivent adopter souvent une posture de pionnière, de résistante pour faire accepter leur choix à leur famille et à leur entourage.

On peut s'interroger justement sur cette notion de norme sociale.

Dans la langue courante, le mot norme peut prendre deux significations : (74) il fait d'abord référence à un «type concret ou formule abstraite de ce qui doit être (canon, idéal, loi, modèle, principe, règle)». (Robert, 2002)

Le mot norme signifie aussi «état habituel, conforme à la majorité des cas (la moyenne, la normale)»(Robert, 2002). Dans la compréhension usuelle, une norme correspond donc, à la fois, à ce qui doit être et à ce qui est couramment observé.

Bien que certains auteurs (Lapinski et Rimal, 2005) retiennent les deux significations du mot norme, la sociologie contemporaine tend à privilégier la première définition. Ainsi, Chazel (156) affirme: « Dans le langage sociologique, une norme constitue une règle ou un critère régissant notre conduite en société. Il ne s'agit pas d'une régularité statistique dans les comportements observés, mais d'un modèle culturel de conduite auquel nous sommes censés nous conformer. ».

Selon Opp (157), cette définition comporte les quatre critères suivants:

- une cible constituée par les individus ou le groupe d'individus auxquels s'adresse la norme,
- une attente que le comportement soit adopté; il s'agit bien d'une demande (tu devrais te comporter d'une certaine façon) et non d'une prédiction (je crois que tu te comporteras ainsi),
- un comportement à adopter,
- des circonstances données: chaque norme s'applique dans un contexte spécifique (par exemple, on doit allaiter en privé, mais non en public).

Les deux définitions qui précèdent impliquent que les normes doivent être partagées par plusieurs individus et faire l'objet d'un consensus au sein d'un groupe: une norme n'est donc pas une règle de conduite individuelle.

Pour **A. BOUREGBA** (158) « notre société est régie par une pression normative largement diffusée à travers une vision standardisée des rapports humains au risque souvent de substituer la norme (c'est à dire le comportement du plus grand nombre) à la valeur ».

Aussi pour **E. THOUEILLE** (111) la norme impose un cadre à toute action, soit par l'intermédiaire de sanctions, soit par l'intermédiaire d'incitations.

« L'infraction de la norme culturellement admise suscite de la simple désapprobation à l'ostracisme ou la demande de réparation. Selon les représentations de son groupe d'appartenance, la femme qui désire ou ne désire pas allaiter verra son choix considéré comme un comportement modal : normal ou anormal, naturel ou contre nature, voire répréhensible du point de vue moral. »

S. GOJARD dans son article « l'allaitement une norme sociale » (108) souligne combien la pratique de l'allaitement est influencée par un ensemble de représentations et de valeurs sociales :

« Allaiter est une décision individuelle, mais qui ne s'effectue pas indépendamment d'un ensemble de prescriptions ou de représentations morales et symboliques. Les mères se soucient de l'opinion de leur entourage familial et amical, de l'avis de leur médecin, voire de ce qu'elles ont lu dans des revues ou dans des livres. Il n'est pas toujours facile de concilier ces différents avis, qui peuvent diverger et laisser les femmes dans l'incertitude. Elles suivront alors les conseils qui leur auront semblé les plus convaincants ou ceux qui correspondront le mieux à leurs propres convictions, si elles en ont. La diversité de ces conseils – portant sur l'allaitement au sein ou au biberon, mais aussi sur la durée de l'allaitement et du sevrage pour celles qui auront choisi d'allaiter – traduit celle des représentations dans la société française contemporaine.

Ces représentations ne concernent pas seulement l'allaitement mais portent, de manière beaucoup plus générale, sur la femme, l'enfance, la santé, etc. Certaines sont très anciennes et reposent sur des croyances populaires, d'autres sont très récentes et reflètent la dernière mode ou le dernier état du savoir médical, d'autres encore remontent à une ou deux générations et sont transmises par les parents ou les grands-parents. Ainsi, les représentations de l'allaitement, les conditions dans lesquelles il se pratique et les bienfaits qu'on lui accorde varient selon les cas. »

Aussi **D. JODELET** (117) dans son ouvrage : « Représentations sociales de l'allaitement maternel: une pratique de santé entre nature et culture » 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 opposés », reliant ces différentes pratiques de nourrissement 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.

« 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.(...)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. 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. »

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. »

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 est un moyen de satisfaire une fonction dévolue à la femme, non pas au sens ancien, « traditionnel », « rabaissant » du statut de la femme, mais dans le cadre d'un privilège, d'une spécificité féminine dont elles sont fières, et qui les valorisent, qu'elles revendiquent à bas mot, comme possibilité de vivre l'instant présent de l'échange et de la relation avec leur enfant.

Pour autant dans notre étude, certaines femmes sont parvenues à allaiter tout en continuant leur activité professionnelle malgré les difficultés que cela représentait. Contrairement à ce que met en avant JODELET dans son étude, notre travail a mis en valeur que les mères parvenaient le plus souvent à conjuguer reprise du travail et allaitement long. La reprise de leur travail était souvent vécue comme une certaine liberté qu'elles retrouvaient avec plaisir tout en parvenant à s'organiser pour cet allaitement.

Crainte de sexualisation de l'allaitement

Dans notre étude le plaisir physique de l'allaitement est peu évoqué par les mères interviewées qui expriment d'avantage le plaisir moral que leur procure l'allaitement qu'elles ont choisi de prolonger. Par contre dans la thèse de Marion Laillet (77) ce plaisir physique était beaucoup plus marqué dans les récits de vie des mères.

La notion de plaisir n'est pas citée exactement en ces termes par les mères de notre 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.

Elles employaient divers qualificatifs concernant leur plaisir moral :

« C'est mon plaisir à moi aussi, il fallait que je leur donne le sein. C'était mon plaisir, c'est

un plaisir »

« C'est un plaisir c'est pour ça qu'il faut en profiter »

« À son propre piège des fois est ce que ça ne fait pas plus plaisir à la maman qu'à l'enfant ? »

« J'ai vraiment pris du plaisir à allaiter à partir du 3^e mois, j'étais à l'aise partout »,

Pour d'autres elles exprimaient plus facilement le plaisir de leur enfant :

« Après 3 ans la tétée ne devient plus vraiment nutritionnelle mais plus plaisir oui. »

La notion de plaisir sensuel dans l'allaitement

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.

Le plaisir sensuel qui n'est pas exprimé par les mères de notre étude, a été mis en valeur dans l'étude sur les représentations sociales de l'allaitement de **D. JODELET**(117) : elle a mis 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. »*

Aussi **B. BRUSSET (89)** 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.

H. PARAT (62)(67) décrit l'allaitement long comme un moment partagé, attaché au besoin auto-conservatoire de se nourrir : « *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. »*

M. DUBLINEAU aborde aussi ce sujet.(19)(20)(114). 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 », dominant 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, en une occasion positive, consciemment et inconsciemment. L'allaitement est l'occasion pour l'enfant de recevoir des messages sexuels inconscients ou conscients, en même temps qu'il se nourrit. »

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.

La zone orale de l'enfant se découvre au fur et mesure de l'allaitement.

(Définition de la zone orale en Annexe)

M SOULE Soulé M, « L'aire potentielle de jeu oral entre la mère et le nourrisson » (164)

« Le premier objet de désir du bébé est le sein maternel » ;
objet de désir, le sein le reste la vie durant. La première expression de la pulsion est l'action de téter. Téter satisfait le besoin vital de se nourrir. Il procure de surcroît du plaisir au bébé, le plaisir de l'ingestion du liquide doux et chaud qui vient calmer la tension émanant de la faim. Étayé sur ce besoin, l'enfant découvre le plaisir de l'excitation de la bouche des lèvres, de toute la zone orale, de la « cavité primitive ». Il découvre le plaisir d'être au contact physique de sa mère, d'être caressé, d'être tenu, (...) Mais, lorsque l'enfant est rassasié, que l'affectivité est libérée et qu'en même temps le contact se relâche, apparaît comme dans toute satisfaction libératrice, une certaine distance entre le nourrisson et le sein maternel. Avec l'apparition de cette distance, l'enfant se trouve placé devant une première initiative, il a la possibilité de rétablir le contact et de produire une dualité-unité de jeu. La zone orale de l'enfant, au fur et à mesure des semaines et des mois, se découvre et s'investit. La mère lui montre en même temps qu'elle peut contenir ses fantasmes de destruction et l'aider dans « l'apprentissage de cette maîtrise » qui se fait « tant pour la mère que pour l'enfant dans le cadre d'une aire potentielle de jeu »

Pourquoi les mamans évoquent elles cette gêne avec la prolongation de l'allaitement ?

Même si la notion de plaisir physique et charnel n'est pas clairement exprimée par ces mères dans notre étude, elles ont parlé par contre d'inceste pour plusieurs d'entre elles, reflétant la gêne qu'elles éprouvent à allaiter leur enfant, passé l'âge de la marche, ou à l'apparition des dents où à la parole.

Les premiers mois le corps à corps maman-bébé ne suscite pas ces réticences morales, c'est souvent au-delà des 6 mois ou plus tard qu'elles renvoient avec leur nourrisson au sein, une image incestueuse ou homosexuelle (selon le sexe du bébé et le vécu fantasmatique de la mère) qui peut être très mal supportée par un regard extérieur.

La mère va devoir « négocier des aménagements défensifs » pour dominer ses pulsions et vivre l'allaitement dans une relation autre que perverse »

Il semblerait plutôt qu'il y ait là l'effet d'une inhibition nécessaire de l'érogénité 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. Équilibre instable, difficile, entre le trop et le trop peu...

H. PARAT (67) : « *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* »

H. PARAT (62)(67)(69), à ce propos, décrit ce qu'elle nomme la « *fantasmagorie 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 turgescent et excréteur mettant au jour une femme phallique formant une invitation chez l'homme, à l'angoisse de castration (définition en Annexe). Confrontée à l'intensité des expressions pulsionnelles de son nouveau-né, la mère doit renégocier tous ses aménagements défensifs. Cette fantasmagorie 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. »

H. PARAT (62)(69) « *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* ».

La mère retrouve en elle, lors de l'allaitement, toutes les modalités pulsionnelles de sa sexualité infantile, vers un « impossible sein génital » . Elle montre ainsi, que la seule reconnaissance de l'investissement narcissique du bébé, en clivant l'aspect érotique de la relation au sein, joue un rôle défensif par rapport à la prise en compte de l'aspect pervers polymorphe de l'allaitement.

Elle va ainsi envisager les « variations sur un sein allaitant » , tour à tour, oral, anal, phallique et génital, comme des occasions de rejouer lors de l'allaitement, des conflits liés à une phase du développement psychosexuel. « *Le sein ne saurait rendre compte de toute la complexité de la fantasmagorie du lait. Les voies lactées sont multiples, secrètes, inscrites au cœur de chaque histoire.* »

« *Ainsi les fantasmes qui entourent le lait et le sein permettent-ils de situer l'allaitement dans toute la dimension de l'ambivalence qu'il suscite, une ambivalence généralement masquée par l'idéalisation dont il est l'objet. Le lait, lait-sang, lait-sperme, lait-urine, est un liquide nourricier chargé d'une excitation potentiellement dévastatrice qui entraîne de multiples défenses.*

Or, si l'allaitement peut être l'occasion d'une jouissance partagée, d'une transmission érotique sereine, le sein, unique et multiple, conflictuel et jouissant, peut être l'objet de partage impossible, de négociations pathétiques, comme l'allaitement peut devenir le champ privilégié d'expression de certaines fixations pulsionnelles ou de modalités caractérielles défensives »

Comment gérer ces angoisses et ce plaisir de l'allaitement ?

FREUD (164) disait que *« la mère est, dans tous les sens du terme, active face à l'enfant ; même de l'allaitement, vous pouvez aussi bien dire : elle allaite l'enfant, que : elle se laisse téter par l'enfant »*. La mère accompagne l'avidité orale de son bébé. Elle l'accepte d'autant mieux qu'elle peut elle-même se sentir protégée des angoisses de vidage ou de dévoration et qu'elle s'autorise des plaisirs variés liés à l'oralité. »

SOULE (164) *« De la capacité maternelle à jouer, à symboliser, à tolérer les jeux agressifs du bébé, à supporter son avidité ou à l'inverse son inappétence va dépendre le possible de l'allaitement.*

La proximité physique de l'allaitement n'entraîne pas forcément une proximité psychique et affective. L'allaitement peut aussi être dépourvu de sens et s'installer dans l'indifférence, l'ennui ou la colère de la mère; il assure alors l'insatisfaction de l'enfant. »

L'investissement de l'allaitement peut parfois être vécu par la mère sur le mode de la culpabilité pour D. JODELET tant la relation est investie de plaisir et de puissance par la mère :

JODELET (26)(117) 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.

Mais pour **H. PARAT (62)(67)** l'allaitement peut induire différentes angoisses et réfléchit sur l'interprétation de la « montée de lait » pour les mères :

« L'allaitement n'a pas que des résonances fantasmatiques positives et, là encore, sa réalité corporelle, sa physiologie propre, peut induire l'émergence d'angoisses qui entraîneront même l'arrêt de l'allaitement.

Aussi elle développe l'opposition mère-femme à travers les clivages entre sein érotique et nourricier *« il existe des clivages entre sein érotique et nourricier comme l'opposition mère-femme, qui rendent difficile l'intégration de la dimension érotique de l'allaitement et du féminin dans le maternel.*

La « montée » laiteuse peut alors prendre le sens d'un équivalent phallique et la réalisation angoissante dans l'allaitement d'un fantasme inconscient : cet éclairage est utile dans la clinique lors des fréquentes dépressions du sevrage, ou bien a contrario, dans les impossibilités de sevrage.

Dans la pensée Freudienne, le sein était pris dans cette problématique masculine d'opposition, de conflit entre le maternel et le féminin, et restait grandement marqué par le clivage classique des représentations entre « un sein "bon", nourricier et protecteur (le sein des pulsions d'auto-conservation) et un sein "mauvais", excitant et corrupteur (le sein des pulsions sexuelles) »

Face à leur reviviscence, à la résurgence de fantasmes archaïques, peut-on s'étonner de voir certaines mères, dans une perception préconsciente juste de cet aspect de l'allaitement, choisir le biberon qui fonctionne alors, pourrait-on dire, comme un « pare-excitation » nécessaire, indispensable au maintien de leur équilibre interne ? (définition de « pare-excitation » en Annexe)

Différencier le plaisir de l'enfant et celui de la mère : sein nourricier et sein érotique :

L'allaitement au sein pose d'emblée la question du trop ou du pas assez, du bon et du mauvais, et de l'absence de maîtrise d'une production corporelle invisible et d'emblée située sur un registre sexuel. On ne peut disjoindre la femme de la mère, ni la mère de l'enfant.

AUBERT-GODARD (31) pointe avec raison que les deux fonctions femme et mère « se trouvent réunies sur le sein, ce qui peut devenir source de confusion et de trouble ».

Selon **M DUBLINEAU(20)** 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.

Cela l'amène à formuler l'hypothèse que dans le cadre de l'allaitement maternel prolongé, certaines mères auraient un fonctionnement de type « narcissique phallique », et 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 pouvoirs d'érection, de pénétration, d'éjection et de jouissance, accompagné d'un déni sexuel [du sexe féminin] ».

Parfois, l'enfant occuperait une « place de substitut de manque maternel », permettant à celle-ci d'approcher une forme idéale d'elle.

L'enfant est donc placé dans le rapport à la castration, il représente le phallus maternel, il est pris dans son Moi idéal. 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. »

Sein nourricier, objet érotique ou sein érotique, objet nourricier ? Comment penser ces oppositions ? Quels en sont les enjeux ? Un sein peut-il être à la fois nourricier et érotique ? Ces questions multiples, obscures, chargées de fantasmes, traversent le champ de l'allaitement maternel. Elles nous confrontent à la difficulté à ne pas disjoindre sexualité infantile et sexualité de la femme/mère. Il faut tenter de comprendre comment la pulsionnalité de l'enfant vient réveiller la sexualité infantile maternelle, comment celle-ci a pu s'intégrer ou non dans le devenir mère d'une femme et dans sa relation à l'homme qui lui a permis de l'être.

Co-allaitement et poursuite de l'allaitement pendant une grossesse

Plusieurs mères de notre étude ont réalisé un co-allaitement, il nous semblait intéressant de revenir sur cette pratique.

Le co-allaitement consiste à allaiter deux enfants d'âges différents. La grossesse d'une femme allaitante et le co-allaitement sont des sujets encore plus méconnus du grand public et des professionnels de santé. Ils suscitent encore plus de jugements hâtifs que l'allaitement long.(159)(160)

Pourtant lorsqu'une femme allaite longtemps, il n'est pas exceptionnel qu'une nouvelle grossesse débute. Elle se pose alors souvent la question du sevrage de l'aîné.

Plusieurs études ont étudié la pratique de l'allaitement pendant une grossesse.

Comme l'ont montré **2 études (Marquis, 2002 ; Moscone, 1993)(161)(162)** : « *si la mère est correctement nourrie, le fait d'allaiter pendant la grossesse n'aura aucun impact sur le développement du fœtus.* »

On peut se demander s'il est naturel d'allaiter deux enfants qui ne sont pas jumeaux. Bien qu'il soit presque toujours sans danger d'allaiter pendant la grossesse, dans de nombreuses cultures, une mère est censée sevrer immédiatement lorsqu'elle est à nouveau enceinte. Le sevrage est-il ce qu'il y a de plus " naturel " à faire pour une mère enceinte ? A ce jour, il ne semble pas y avoir de réponse claire à cette question parce que ce qui, pour certaines mères, est un signal les incitant à sevrer, n'est pas ressenti de la même façon par toutes. Les changements physiques et psychologiques qui se produisent pendant la grossesse peuvent pousser la mère à sevrer mais beaucoup de mères allaitent pendant la grossesse sans problème.

Enfin, le co-allaitement, encore plus que l'allaitement long n'est pas vraiment un choix mais il s'impose aux familles. En effet, si l'enfant ne s'est pas sevré pendant la grossesse, il se remet souvent à téter de plus belle à la naissance car le lait coule alors en abondance. Dans ces conditions, il est difficile pour la mère de sevrer le plus âgé de ses enfants alors que le bébé tète fréquemment.

Aujourd'hui si la maman consulte, la seule réponse qu'elle aura bien souvent est qu'elle doit sevrer ou que de toute façon l'aîné va se sevrer seul en cours de grossesse. Bien souvent les enfants sont effectivement sevrés au cours de la grossesse, soit d'eux-mêmes, soit par leur mère. Cependant certaines femmes qui ont sevré leur enfant au moment de la deuxième grossesse, confient qu'en cas de nouvelle grossesse, elles ne sevreront pas leur enfant.

En 1977, le **Dr. Niles Newton** (163) entreprit d'étudier plus de 503 femmes membres de La Leche League qui se retrouvèrent enceintes alors qu'elles allaient toujours, pour savoir s'il y avait vraiment un mécanisme psycho-biologique poussant au sevrage chez les femmes enceintes. Elle mit en évidence trois préoccupations communes aux femmes qui participaient à l'enquête : 74% ressentirent des douleurs aux mamelons à des degrés divers ; 65% notèrent une baisse de leur production de lait ; et 57% ressentirent un certain malaise ou de l'irritation pendant les tétées.

A peu près 66% des participantes sevrèrent leur enfant à un moment ou un autre de la grossesse. Dans la mesure où 44% des enfants avaient 2 ans ou plus, il est probable que même sans la nouvelle grossesse, beaucoup se seraient sevrés à cette époque. Sur les 158 femmes qui avaient poursuivi l'allaitement pendant la grossesse et qui avaient ensuite allaité les deux enfants, la plupart (77%) dirent qu'elles recommenceraient probablement, seulement 6% qu'elles n'allaiteraient sûrement pas encore durant toute une grossesse. »

Le co-allaitement s'installe donc petit à petit, au fur et à mesure que la grossesse avance. Les femmes s'interrogent beaucoup sur cette pratique et y sont parfois d'abord hostiles avant finalement d'en faire l'expérience elles-mêmes.

Beaucoup d'aînés redemandent à téter à l'occasion d'une nouvelle naissance, même s'ils sont sevrés. Et certains enfants plus âgés ne vont téter que de façon très sporadique, et vont rester plusieurs semaines sans téter. Peut-on dire que ces enfants-là sont encore allaités ? Sont-ils alors co-allaités ?

N.J. Bumgarner (159) considère qu'un enfant est sevré s'il n'a pas tété depuis 3 semaines, donc pour elle, un enfant qui se remet à téter à la naissance de son petit frère ou de sa petite sœur ne serait pas un enfant allaité ?

En tout cas, comme il n'y a aucune donnée statistique sur les co-allaitements, ces pratiques demeurent encore assez mystérieuses.

5.2.2 L'allaitement long : l'impossible sevrage ?

a) L'allaitement long est-il l'aboutissement d'un projet par la mère ?

L'un des premiers éléments de réflexion qui ressort de cette étude est la manière dont les participantes se sont lancées dans l'aventure de l'allaitement long. En définitive, assez peu se sont réveillées un matin, pendant leur grossesse, en se disant : « Tiens ? Et si j'allaitais trois ans ? ».

Au contraire, avant la naissance de leur enfant, la plupart prévoyaient d'allaiter quelques semaines à quelques mois tout au plus. Celles qui avaient imaginé aller un peu plus longtemps envisageaient cela comme une possibilité assez floue plutôt que comme un projet ferme et définitif.

L'allaitement prolongé est souvent une surprise

Souvent la transition d'un projet d'allaitement « classique » vers un projet d'allaitement long s'est faite « naturellement » et « en douceur », jour après jour, semaine après semaine, mois après mois, parallèlement à l'évolution des représentations que les femmes interrogées se faisaient de leur statut de mère, des besoins du nourrisson, de la relation mère-enfant. De leurs propos, il ressort qu'elles ressentent ce changement comme né en elles, et non sous l'effet d'une influence extérieure.

Parfois il s'agit d'un projet rondement mené, parfois d'une constatation presque étonnée : l'allaitement se passe bien, les mois se sont succédés et voilà les six premiers mois se sont vite déroulés. Pour certaines femmes le moment de la décision se fait avant ou pendant grossesse, certaines attendent la naissance, et pour d'autres leur regard se modifie au fur et à mesure de l'allaitement.

Cependant, cette impression est peut-être à moduler, dans la mesure où la plupart de ces femmes ont côtoyé, avant et après la naissance de leur bébé, des amies allaitantes de longue durée, des associations d'aide à la parentalité et des forums de discussion internet fréquentés par des femmes qui semblent allaiter sans complexes des bambins âgés de plusieurs années.

Plusieurs mères interrogées conviennent du rôle joué par ces amies, associations et

lectures qui leur ont tout simplement permis, au départ, de connaître l'existence de cette pratique et d'admettre la possibilité d'allaiter au-delà des 6 premiers mois. Cependant, même si elles ne l'expriment pas clairement lors des entretiens, les amies allaitantes et les forums de discussion ont peut-être joué un rôle plus prononcé, en déplaçant, dans leurs représentations inconscientes, le « curseur de la normalité » pour la durée de l'allaitement. Avant leur grossesse, la plupart considéraient en effet l'allaitement d'un enfant de 2 ans comme une « aberration », ainsi que se le représente la majeure partie de la société française à ce jour. Mais à côtoyer régulièrement, dans la vie réelle ou dans l'espace virtuel, des femmes allaitant de grands enfants, n'ont-elles pas fini par considérer que l'allaitement long était finalement, sinon la norme, du moins une norme parmi d'autres ?

Cette implication potentielle des associations, de l'entourage allaitant, et des forums internet dans l'évolution des croyances sur l'allaitement long nous semble intéressante, dans la mesure où elle représente un indicateur de la manière dont peuvent changer les représentations de la société, pour peu qu'on les y incite.

Plusieurs études rapportent qu'entre 50% et 75% des mères décident du choix d'alimentation du nourrisson avant ou très tôt durant la grossesse» (**Galipeau 2007**). (165)

De plus, on constate généralement que plus la décision d'allaiter est prise tôt, plus grande est la probabilité que la mère allaite effectivement son bébé (**Dennis, 2002**)(**Branger 2012**) (144)(145).

L'étude de Dubois (2000)(94) démontre également l'influence du moment de la prise de décision sur la durée de l'allaitement maternel. En effet, 61% des participantes qui avaient décidé d'allaiter leur enfant avant la grossesse l'ont fait durant au moins quatre mois (le taux d'allaitement à quatre mois de l'ensemble des femmes interrogées étant de 41%).

Ce qui est frappant dans les entretiens c'est que rares sont les femmes qui envisagent d'emblée un allaitement long, en tout cas pour le premier enfant.

En fait, la plupart du temps, passés les premiers mois, quand l'allaitement est bien installé, elles ne voient plus aucune raison pour arrêter, donc elles continuent. C'est également ce que met en évidence **A. Sinnot** auteur indépendante, animatrice à la LL, dans son livre de 2010 « Allaités...des années ! » (166) et **A Fadda** dans sa thèse en 2004 « Allaitement maternel et travail: enquêtes sur le vécu et les représentations de 29 mères actives » (84).

A Sinnot (166) a recueilli en 2010 des témoignages de femmes allaitant des bambins dans quarante-huit pays, ce qui représente 2 040 familles et 4 038 enfants. Elle constate aussi que les femmes ne prévoient pas initialement d'allaiter longtemps mais poursuivent par plaisir et par besoin pour l'enfant. Elle cite une étude australienne portant sur 107 femmes allaitantes au long cours qui révèle que 87 % d'entre elles n'avaient pas planifié leur allaitement .

Leur regard sur l'allaitement se modifie avec le temps

De plus, les mères ne voient pas leur enfant grandir, lorsqu'il s'agit de leur propre

enfant, leur regard est différent. En effet, elles expliquent pour certaines mères de notre étude qu'avant d'être mère, l'allaitement d'un bambin était une idée dérangeante, voire choquante. Leur expérience d'allaitement a transformé radicalement leur vision de cette pratique.

Ce qui leur paraissait perturbant avant d'être mère, leur paraît désormais normal. Inversement, certaines mères considèrent, non seulement que leur allaitement n'est pas long, mais que des allaitements de quelques semaines ou mois sont trop courts.

b) Modalité défensive de l'allaitement long : entre modalité réparatrice et antidépressive

L'allaitement prolongé aurait une fonction de réparation

La thèse de Marion LAILLET en 2013 (77) a également exploré l'allaitement prolongé mais par une méthode différente, celle du récit de vie de 15 mères, afin de comprendre comment la pratique de l'allaitement prolongé, sa genèse et son vécu, s'inscrivent dans la trajectoire de vie des femmes. Cette thèse avait mis en valeur qu'à travers les parcours de vie chargés d'événements traumatiques de ces femmes, l'allaitement maternel mis en place semblait 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.

Il nous a donc semblé intéressant de comparer ces résultats de cette étude aux nôtres complétés de différentes recherches bibliographiques.

M. DUBLINEAU dans sa thèse « l'allaitement maternel prolongé clinique du lien » (20) formule différentes hypothèses concernant la mère dans cette pratique de l'allaitement long :

« -l'allaitement au-delà de 6 mois aurait une fonction réparatrice 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.

-l'allaitement serait un colmatage perversif contre les angoisses de dépressions et d'effondrements psychotiques. »

La notion d'abandon

Lors de certaines rencontres, **M. DUBLINEAU**(20) remarque que des mères mettent en place des processus d'identification projective sur leur enfant, abordant la notion d'abandon.

« 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. »

Cette notion d'abandon ne ressort pas dans les récits des mères que nous avons interviewées.

Réparation d'une histoire familiale ou de l'absence de transmission

L'allaitement serait alors vécu comme l'occasion de se réapproprier activement une histoire qui lui avait échappé.

Aussi l'AM aurait une fonction réparatrice non seulement au regard de la séparation de la naissance mais également au regard d'un traumatisme transmis dans le lien générationnel.

La signification que prend cette pratique est à la fois consciente, liée à certains traumatismes de leur histoire familiale ou personnelle 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.

Pour **S. TISSERON** (115) , *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).*

Selon **M. DUBLINEAU**,⁽²⁰⁾ *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 la marque de ces ruptures dans l'histoire des transmissions entre générations, et constituent les marqueurs des ratés de cette transmission.*

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.

Les résultats de notre étude montrent que certaines mères ont besoin de créer un lien avec leur enfant différent de ce qu'elles ont reçu quand elles étaient petites, qu'elles n'aient pas ou peu été allaitées d'ailleurs, qu'elles expriment par leur relation affective avec l'enfant ou son mode de maternage par exemple, mettant ainsi en exergue la notion de besoin de réparation de leur histoire.

Plusieurs mères d'ailleurs évoquent ce phénomène par les termes : « Ne pas reproduire l'éducation qu'elles ont reçue », « l'allaitement prolongé comme moyen de devenir mère », « l'enfant était au centre de notre vie ».

J. LIGHEZZOLO⁽³¹⁾ 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.

(...), 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. »

J. LIGUEZZOLO (31) 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 (116)**, **J. LIGHEZZOLO (31)** souligne l'influence possible d'un deuil récent ou à venir sur la genèse du désir de procréer et d'allaiter.

Hanus reprenant une réflexion Freudienne, 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 revêt alors une valeur d'agir maniaque à valence anti-dépressive : se tourner vers la vie pour dénier la perte, et ne plus avoir à élaborer les affects douloureux qui lui sont rattachés.

Les mères de notre étude n'ont pas ou peu été allaitées et cela est commun à tous les profils et n'ont pour la plupart reçu aucune transmission de l'allaitement.

Il semble quand même que l'allaitement maternel dans notre étude soit pour certaines mères un moyen de réparer sa propre histoire de l'allaitement, voire plus largement de recréer ses propres modèles familiaux en opposition aux anciens, avec un besoin de réélaboration et réappropriation de la maternalité.

La méthode employée par la technique d'entretiens semi-dirigés ne nous a pas permis d'explorer en profondeur l'histoire familiale et ces événements de vie traumatiques qui avaient été clairement mis en valeur par les récits de vie dans la thèse de M. Laillet. (77)

Accouchement ou grossesse difficiles

Un accouchement difficile peut avoir une dimension réparatrice aussi quand il est vécu comme une rupture traumatique. En effet plusieurs mères nous ont fait part d'accouchements ou de grossesses difficiles.

Le vécu traumatique d'un accouchement, comme une césarienne vécue entre passivité et angoisse de mort qui la dessaisit de son enfant, laisse la mère dans un

désarroi psychique et l'allaitement est une modalité possible de restauration narcissique ou un mode d'expression d'angoisse.

L'allaitement est alors vécu comme l'occasion de se réapproprier activement une histoire qui lui avait échappé.

Notion de « fantasme de kidnapping »

M. Dublineau en 2004 (20) 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 ».

Les premiers résultats issus de ce travail mettent en évidence la place de la souffrance dans le lien mère-enfant, ainsi que la place singulière que joue le fantasme de kidnapping.

« Ce fantasme tente de lier le vécu traumatique d'arrachement, comme organisateur de la dynamique engagée dans ce lien : la nécessité pour les mères de s'engager dans l'allaitement témoignerait des difficultés d'élaboration des processus de séparation, issues de l'histoire infantile et familiale maternelle. »

Cordon lacté

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 réapproprier 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.*

Travail de deuil de la grossesse

Cette séparation 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 **cordón lacté** et en permettant d'éviter symboliquement la séparation ».*

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.

Il semble possible de considérer ces événements de vie traumatiques 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.

La notion de « fantasme de kidnapping » est par ailleurs illustrée dans notre étude par une mère parlant de son premier accouchement : *« le tout branché de partout, être dépossédée de ce moment-là, on est juste là pour écarter les jambes et faire ce qu'on dit au moment où on nous dit de le faire ».*

Cette tentative de maîtrise viendrait colmater la douloureuse expérience de séparation qu'a pu représenter la naissance : l'allaitement viendrait alors soutenir une négation de la coupure du cordon ombilical et instaurer un cordon lacté bien plus fiable car davantage maîtrisable pour la jeune mère. L'établissement d'un cordon lacté dans un contexte de vécu traumatique de ces expériences de vie, serait un moyen inconscient de réparer cette nouvelle perte non élaborée.

Modalité anti-dépressive de l'allaitement long

Plusieurs psychanalystes ont fait l'hypothèse que l'allaitement long aurait une fonction défensive au regard d'une fragilité psychique dans le registre dépressif, fragilité exacerbée au moment de la naissance.

Il est le témoin *« d'une séparation impossible à élaborer pour les deux partenaires »*. *L'impact d'une telle situation sur la construction si importante du lien d'attachement mère-enfant risque malheureusement d'être particulièrement dévastateur pour M. DUBLINEAU.*

DUBLINEAU Mathilde et ROMAN Pascal (2006), dans leur article : « L'allaitement prolongé comme modalité antidépressive » **(21)** s'interrogent sur l'allaitement maternel prolongé qui pourrait être investi comme une modalité anti-dépressive.

« Il s'agit d'interroger la manière dont l'allaitement prolongé, en faisant perdurer un lien proximal entre le corps de l'enfant et le corps de la mère, permettrait pour certaines mères un contre-investissement des vécus de perte liés à la naissance. Les mouvements de séparation qui s'y attachent inscriraient dès lors le lien à l'enfant dans une modalité anti-dépressive. »

« Certaines mamans ont besoin de sécurité et l'allaitement leur en donne par la relation privilégiée qu'elle instaure et par ce mode d'alimentation qui devient indispensable : les tétées du bébé scandent, et rythment la vie de la mère, y compris la nuit, à un moment où celle-ci traverse une véritable « crise d'identité », où sa vie émotionnelle est fragilisée et où elle peut avoir l'impression de perdre ses repères habituels. Ce rythme des tétées qui crée un lien, biologique et relationnel, entre la mère et son bébé peut être ressenti comme réparateur en cas de séparation prématurée. »

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.

Dépressions « différées »

Enfin, ces auteurs **M. DUBLINEAU** et **P. ROMAN** soulignent que l'histoire infantile de la mère et tout particulièrement l'histoire de son propre sevrage, peut entraver la qualité de sa relation à son enfant. Ils proposent de différencier les dépressions du sevrage, décrites jusqu'alors, des dépressions liées à la perte des modalités défensives que représentait l'allaitement et de les nommer « dépressions différées ». Ces modalités défensives seraient repérables à partir de deux axes :

- le premier prend en compte la figure, déjà évoquée, de « fantasme de kidnapping », pouvant être une modalité d'expression de l'hémorragie narcissique maternelle qui tente ainsi d'être circonscrite ;
- le second, dans la massivité de l'investissement de l'allaitement maternel prenant ainsi une dimension centrale et exclusive de la relation mère-enfant. D'emblée l'énergie déployée par la jeune mère dans l'investissement de l'allaitement témoigne de ce qui s'y condense.

Ces deux axes ont ceci de commun qu'ils semblent d'emblée marqués par la nécessité qui s'impose à la mère de rester au plus près de son enfant, dans un corps à corps qui ne peut se distancier qu'à la condition d'être soumis à la promesse de retrouvailles lors de la prochaine tétée.

Ces éléments, repérables dès la maternité, portent la trace d'une problématique de séparation, particulièrement mise à l'épreuve à l'occasion de la naissance d'un enfant, prenant une valeur défensive pour la mère lorsqu'elle s'inscrit comme une lutte anti-dépressive. Pour autant, cette modalité défensive ne peut trouver à s'instaurer que si elle se trouve relayée par une problématique paternelle venant elle-même autoriser ce mode de lien à l'enfant.

Ce travail propose, en appréhendant l'allaitement prolongé comme pouvant être un mode d'investissement défensif au regard d'une problématique dépressive, de penser la durée de l'allaitement comme un indicateur potentiel d'une souffrance familiale.

Une telle lecture permet, en particulier, de proposer des pistes quant au repérage précoce des troubles du lien autour de l'allaitement, à partir de l'observation des marques d'un fantasme de kidnapping au moment de la naissance et/ou d'un investissement massif et idéalisé de l'allaitement

La possibilité de repérer les facteurs de risque permettrait d'intervenir, dès la naissance, auprès d'une mère souvent en demande (impression d'être lâchée, d'être incomprise dans ses demandes, d'être seule) et pourrait autoriser les mouvements ambivalents sans risquer une atteinte narcissique.

Lorsque celle-ci se produit, elle peut mettre en péril les capacités de pare-excitation maternel (définition en Annexe) et empêcher l'allaitement de s'inscrire dans une dynamique de lien différencié à l'enfant, favorisant alors un attachement anaclitique mère-bébé. Lorsque, cette dynamique parvient en revanche, à se mettre en place, quelles que soient les modalités du sevrage, celui-ci pourra être davantage symboligène pour l'enfant et favoriser les processus de séparation-individuation.

c) Difficultés d'élaboration des processus de séparation

Selon la conception sociale collective, le moment du sevrage se détermine non pas de manière objective, ce qui tiendrait compte des réels besoins des enfants, mais, plus conformément à l'image que se font les adultes de l'enfant.

Le sevrage devient organisateur tout comme d'autres rituels, au sens de Spitz d'après **Hays M.** dans son article (83) « Le rythme du sevrage »: *« l'interdit incontournable concerne l'accès au corps maternel ; le renoncement de l'enfant à la possession du corps de la mère permet l'adhésion au corps socialisé et socialisant du groupe (classe d'âge, fratrie) »*

La singularité de l'expérience charnelle dans la proximité corporelle de l'allaitement, le bouleversement psychique qui en résulte pour la jeune mère, peuvent prendre des allures de traumatisme débordant les capacités d'élaboration psychique, voire être révélateur d'une problématique d'indifférenciation, ouvrant sur des décompensations graves lors d'un sevrage vécu comme un arrachement.

Comment définir le sevrage ?

Pour **WINICOTT (104)**: *« La période exacte du sevrage varie suivant les modalités culturelles, mais pour moi, le temps du sevrage est celui où l'enfant devient capable de jouer à laisser tomber des objets. »*

« Ce moment du sevrage, que Winnicott qualifiait de processus de nécessaire désillusion, permet à l'enfant de faire l'expérience du manque, puisque « tout sevrage n'est jamais que l'apprentissage de l'accoutumance à un manque », émergence du désir et du langage. »

Dominique BLIN définit cette notion de sevrage dans son article (68) « sevrage physique, sevrage psychique » : « *Trier, mettre à part, mettre une distance, éloigner et s'éloigner, former une limite ou encore s'interposer sont autant de mots, d'expressions qui marquent les subtiles nuances de sens contenu dans le mot sevrage* », ce mot qui dès le XIII^e siècle signifie en français séparation du verbe séparer dont l'origine vient du latin *separere*.

« Au travers de l'histoire, la pratique a oscillé entre le sevrage très tôt, dès l'apparition des dents dites de lait, et le sevrage beaucoup plus tardif, au moment où les vingt premières dents sont toutes sorties : cette coutume était liée symboliquement à la possibilité d'incorporer des aliments durs et de dévorer la mère. Le sevrage était souvent dans cette tradition quelque chose de psychologiquement brutal pour l'enfant, avec la moutarde ou la pâte au poivre mise sur les seins, comme s'il fallait dans la réalité arracher l'enfant à sa mère et la mère à son enfant. La rupture d'avec la mère pouvait être signifiée par l'intervention d'un tiers, du père, de la société. ».

Difficultés du sevrage

Le sevrage est un travail de perte, de séparation, un travail de deuil, il met fin à un mode de maternage, un charme se rompt, les gestes, les postures évoluent, les corps s'éloignent, l'arrivée du langage se prépare, l'échange prend place. C'est un véritable travail de transformation physique et psychique qui s'opère.

Sevrage naturel ou sevrage dicté par la mère

Parfois le sevrage est dicté par la mère pour différentes raisons : reprise du travail, envie d'une autre relation avec l'enfant ou de retrouver son statut de femme. Cela s'oppose au processus du sevrage plus tardif : le sevrage guidé par l'enfant, il s'agit du sevrage dit « naturel ».

Pour **D.W. Winnicott,(104)** « *le désir de sevrer doit être à l'initiative de la mère. Si la mère choisit le temps du sevrage, les colères du bébé sont plus supportables et les contre-attitudes maternelles moins culpabilisantes.* »

Pour **M.DUBLINEAU (20)** « *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.* »

Dans notre étude la majorité des mères s'oriente vers ce sevrage dit « naturel » c'est à dire dicté par l'envie de l'enfant, et soumis à son seul désir. C'est l'enfant qui décide du moment du sevrage.

Cela était surtout retrouvé chez les mères qui pratiquaient le « maternage proximal » et aussi celles du deuxième profil avec un allaitement « naturel ».

Dans les données historiques certains auteurs décrivent cette notion de « sevrage naturel » et s'interrogent sur la durée d'allaitement optimale pour l'enfant.

L'âge du sevrage naturel

Il est probable qu'à l'aube de l'humanité, la durée d'allaitement des enfants ait été

dictée par un instinct de survie ancré dans la mémoire ancestrale des premiers hommes, mais au fur et à mesure que l'être humain acquérait des savoirs, aptitudes et croyances jamais partagés par aucune autre espèce animale, les pratiques d'allaitement se sont affranchies des instincts primitifs pour s'inscrire dans des schémas culturels propres à chaque société à travers le monde. Comment définir à présent une durée d'allaitement qui serait la « norme biologique » prévue pour les enfants ?(114)

Parmi les primates, les humains appartiennent plus précisément au groupe des anthropoïdes ou « grands singes » de même que les gibbons, les orangs-outangs, les gorilles, les bonobos et les chimpanzés. C'est donc à ces animaux qui sont génétiquement les plus proches de nous, qu'il convient plus particulièrement de s'intéresser si l'on souhaite déterminer la « norme biologique » d'allaitement pour notre espèce. Au sein d'une même espèce, les petits sont tous sevrés au même âge, à quelques jours près. Chez les grands singes, plusieurs indices (taille et poids des adultes, durée de gestation, temps permettant le doublement ou le triplement du poids de naissance, apparition des molaires définitives, etc.) ont été associés à la date de sevrage afin de comprendre quel facteur pouvait déterminer de manière instinctive la durée d'allaitement des jeunes. C'est en comparant ces différents indices et en les appliquant à l'homme que des anthropologues ont cherché à établir la durée normale d'allaitement chez les humains. Ils en ont conclu que le sevrage naturel chez les enfants devrait intervenir entre 18 mois et 7 ans en fonction du paramètre choisi (Dettwyler, 1995) (154)

Vécu du sevrage par la mère ou l'enfant

Certaines mères montraient les traces d'une certaine ambivalence ou de difficultés à se retrouver dans leur nouvelle identité de mère. Parfois elles souhaitent un sevrage mais ne veulent pas que cette démarche vienne d'elles, dans une sorte de paradoxe entre culpabilité et tristesse de rompre ce lien, et l'envie de développer une autre relation avec l'enfant et de retrouver son statut de femme.

Travail de deuil mutuel de la mère et de l'enfant

Elles élaborent un détachement de leur relation à leur nourrisson au profit d'un réinvestissement qui se fait au décours d'un processus d'élaboration évoquant un travail de deuil, mais d'une personne vivante.

Le travail du deuil (18) est un processus intra psychique consécutif à la perte d'un objet d'attachement et par lequel le sujet réussit progressivement à se détacher de celui-ci.

Le sevrage implique un travail de deuil mutuel pour l'un et pour l'autre : travail de deuil pour l'enfant qui s'individualise petit à petit, et travail de deuil pour la mère qui doit renoncer à une certaine part d'elle-même qu'elle a mise dans ce mode de relation avec son nourrisson au profit d'autres réinvestissements

Le nourrisson fait un travail de deuil parallèle mais très différent de celui fait par sa mère : petit à petit il parvient à se séparer d'elle : suçotement, pousse, objets transitionnels : tétine, rituels cette séparation est freinée ou favorisée par la mère

Elle doit petit à petit renoncer ou diminuer la part narcissique d'elle-même projetée dans son nourrisson sans le lâcher pour autant et tout en lui laissant une certaine liberté de développement.

Le travail de **Pascal ROMAN et Mathilde DUBLINEAU** (19) a permis d'interroger le mode de relation mère-enfant et la gestion de la séparation par les femmes françaises qui font le choix d'allaiter leur enfant au-delà de ses 6 mois.

« Le sevrage ne peut être conçu uniquement en terme de perte réelle du sein (du sein en tant qu'objet extérieur) ni simplement comme le moment où le sein va être remplacé par autre chose : biberon, la cuillère, un autre aliment, en particulier solide. Le sevrage est l'arrêt de l'allaitement au sein, l'acceptation de l'autonomie de l'enfant, la reconnaissance de sa réalité psychique propre.

La fin de l'allaitement peut raviver d'une façon pénible l'expérience de séparation pour la mère et un certain renoncement qu'elle peut faire de son nouveau-né et de sa maternité mais elle peut aussi en sortir enrichie si celui-ci s'est déroulé de façon harmonieuse. »

D.BLIN évoque les difficultés de séparation lors du sevrage :

« C'est l'arrêt du temps de l'intrication des corps de la mère et de l'enfant; le tout confondu se transforme peu à peu en deux corps qui s'individualisent pour devenir deux corps scindés ; le sein change de valeur, de statut, il n'est plus dans le psychisme du bébé un morceau de lui, et lui, le bébé, une partie du corps de la mère. Le bébé peut alors ressentir la perte, il fait connaissance avec la frustration, et pourtant, même malheureux, l'enfant continue d'exister et, surtout, de se sentir exister ; il garde son intégrité car, en principe, il n'y a pas arrachement d'une partie de lui-même, pas d'amputation. Le sevrage, c'est le passage de l'union à la relation, et passer de l'union à la relation implique la séparation, et rendre possible la séparation requiert tout un travail psychique progressif tant du côté de l'enfant que du côté de la mère, travail qui nécessite le soutien de tiers (le père). »

Angoisse maternelle au moment du sevrage

D. BLIN explore cette angoisse maternelle que sous-tend pour lui tout sevrage :

« Temps de régression et d'identification au bébé, au cours de ce temps particulièrement sensible du sevrage, la mère se sent touchée dans son être, blessée, châtrée, tout comme son enfant. Elle peut se sentir privée et souffrir de ce manque, de devoir renoncer à ces temps de tétées. La capacité à vivre ce moment, à contenir la souffrance ainsi que celle du bébé dépend de la sensibilité personnelle de la femme, de son niveau d'élaboration psychique. Le moment du sevrage est un temps de crise que mère et enfant vivent tout à la fois ensemble et séparément, plus ou moins soutenus par le père et l'entourage.

Angoisse d'amputation, de castration, de séparation envahissent plus ou moins mère et enfant au moment du sevrage. »

Castration orale

La première étape qu'est la coupure du cordon ombilical devrait se poursuivre par une seconde séparation définie par **F. Dolto** en terme de « castration orale ». (113)

« Cette dernière requiert un double interdit, celui d'une part du cannibalisme de l'enfant à l'encontre de sa mère, à travers la mise en place du sevrage et d'autre

part, l'interdit de consommer ce qui n'est pas alimentaire. Selon elle, la rupture progressive du corps à corps, la capacité de la mère à utiliser le langage pour communiquer avec son enfant et à prendre du plaisir à lui parler, sont autant d'éléments nécessaires à la mise en place d'un sevrage harmonieux, qui favorisera la séparation-individuation et l'autonomisation de l'enfant. »

Dépendance de la mère et de l'enfant ?

L'allaitement maternel est parfois surinvesti par la mère et il peut prendre une dimension centrale et exclusive dans la relation mère-enfant.

Certaines mères veulent se servir de la réalité physique de l'allaitement et de ses contraintes pour justifier de leur présence permanente auprès du bébé, le sein symbolisant ce lien fusionnel qu'elles ne veulent pas couper et cet allaitement peut être vécu comme un lien étouffant renforçant le sentiment de dépendance.(66)

Plusieurs mamans dans notre étude ne parvenaient pas à concevoir l'arrêt de leur allaitement. Elles l'exprimaient souvent dans les entretiens : *« Pourquoi arrêter cet allaitement, ou pourquoi le sevrer ? »*.

D. BLIN dans son article « le lait objet de la rencontre » (90), nous dit *« qu'allaiter est un don de soi. Mais donner c'est aussi marquer l'emprise sur l'autre, la dépendance de l'autre, la reconnaissance va de soi. »*

« Fantasme d'addiction »

B. BRUSSET (89) dans son article « Allaiter un bébé » décrit un « fantasme d'addiction *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. »*

L'allaitement lorsqu'il se prolonge pour certaines mères peut être vécu comme un lien « addictif » de l'enfant et/ou de la mère, que certaines décrivent comme un « piège » qu'elles ressentaient se fermer au fur et à mesure que l'allaitement se prolongeait.

Aussi l'acte d'allaiter de façon prolongée a plusieurs fois été comparé dans notre étude à une addiction, un « manque » décrit par la mère concernant le besoin de téter de son enfant, qu'elle observait surtout au moment du sevrage, l'enfant réclamant la tétée le soir pour s'endormir, ou plusieurs mois après le sevrage l'enfant gardait le réflexe de téter en soulevant le vêtement ou par la succion. Certaines mères sont conscientes du problème de dépendance à leur allaitement mais elles en connaissent les limites.

Elles l'exprimaient par ces propos dont voici des exemples : *« j'étais son esclave », « je n'avais plus de liberté », « après le sevrage il gardait le geste comme pour la cigarette, il y a un manque »*.

Allaitements pathologiques et dépendance ?

R. PRAT, reprenant **H. PARAT (62)** 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 ».

Pour **H. PARAT** « la confrontation à la totale dépendance du bébé peut ainsi prendre la valeur d'un véritable traumatisme, dépassant la capacité psychique d'élaboration de la jeune mère.

Le tableau est ainsi prêt pour que s'installe une véritable « névrose traumatique de l'allaitement », faisant suite à la valeur traumatique de l'accouchement : les modes de défense habituels sont submergés, la maternalité prend l'allure d'une crise d'identité dans le sens défini par P.-C. Racamier d' « une phase où le fonctionnement psychique s'approche normalement mais réversiblement d'une modalité "psychotique" »

Le prolongement de l'allaitement leur permet alors de repousser le moment de la séparation d'avec l'enfant, et d'éviter tout travail de deuil par rapport à ce bébé. L'enfant ne deviendrait alors qu'un moyen nécessairement indispensable à la poursuite d'une lactation dont la mère ne parvient pas à se sevrer.

LEBOVICI (181) formule ce constat: *« Si le bébé doit réparer l'angoisse de séparation de sa mère, il ne peut pas élaborer la sienne propre. »* Le corollaire en est la structuration d'un attachement insécurisant singulièrement pesant pour la socialisation de l'enfant, le seul moyen de faire face à l'angoisse pour cet enfant passant alors par la nécessité de rétablissement d'un corps à corps permanent. »

Pour **M.DUBLINEAU (19)** « il faut penser la durée de l'allaitement comme indicateur potentiel d'une souffrance familiale » : la rupture du corps à corps peut se trouver imposée brutalement par une séparation mère-enfant, mais à l'inverse, le sevrage peut se trouver reporté sans cesse par la mère. Cette tentative d'éviter toute confrontation à la séparation s'observe lorsque la mère se trouve engagée dans une érotisation excessive de l'allaitement, à laquelle elle ne parvient pas à renoncer, ou lorsque les conditions difficiles de naissance de l'enfant lui ont laissé une angoisse de perte majeure. »

D.BLIN avait également analysé cet impossible sevrage dans ces études avec des mères ayant allaité longtemps (68) : *« Dans un mouvement inverse, le sevrage ne peut s'envisager, mère et bébé paraissant installés dans un allaitement illimité, dans un temps de fusion infini, tout passage de l'être vers l'avoir apparaît difficile ou inaccessible. Ni détachement ni interposition de l'autre ne semble pouvoir s'actualiser. »*

Prolongation de la symbiose pendant la période utérine

Plusieurs mères de l'étude exprimaient très bien ce prolongement de la grossesse dans leur vécu de l'allaitement :

« C'était un prolongement normal de la grossesse », « ce moment de grossesse qui est fusionnel où l'on est qu'un, le bébé est dans notre ventre il nous habite il naît il sort et l'allaitement c'est un lien qui fait perdurer ce lien »

Au terme de neuf mois , la grossesse s'achève par l'expulsion de l'enfant qui marque une toute première séparation mère-nourrisson.

Ce lien fusionnel de la dyade mère/bébé peut parfois rendre difficile le sevrage pour certaines mères. On observe des variations considérables d'une mère à une autre selon qu'il s'agit d'une primipare ou multipare et selon l'intensité de la crise d'identité naturelle que la mère traverse après la naissance de son bébé. Certaines mères évoquent même au moment du sevrage un deuxième cordon coupé, le cordon lacté faisant suite au cordon ombilical.

L'allaitement au sein, en créant une relation mère-nourrisson très étroite, tend à reproduire la relation intra-utérine, c'est une relation fusionnelle où proximités physique et psychique s'entremêlent pour le bébé et pour la mère, comme si vie physique et psychique étaient confondues pour eux dans les premières semaines de vie du bébé. L'allaitement prolonge à sa manière le vécu de symbiose de la grossesse et peut contribuer à atténuer ce sentiment de séparation, de perte, voire chercher à l'annuler.

Pour **D. BLIN** dans son article « le lait objet de la rencontre » (90): *« L'état de complétude rompu avec la césure de la naissance, se revit, il vient abolir le sentiment de perte et de vide ressenti par la mère. La sensation de plénitude éprouvée lors de la grossesse resurgit. »*

Toujours pour **D. BLIN** le lait sépare et rapproche les corps de la mère et de l'enfant : *« Le lait intrique le corps de la mère et du bébé. Il les lie et les relie. Il est déni de la séparation : allaiter c'est ne pas couper le cordon. Il permet une continuité entre la vie intra et extra-utérine, une prolongation des interactions biologiques et montre qu'il y a plus de continuité entre la vie intra-utérine et la toute petite enfance que l'impressionnante césure de l'acte de la naissance ne nous donnerait à croire. Le lait marque la séparation des corps de la mère et de l'enfant. Il joue du paradoxe puisque, en même temps, il les réunit. On peut le décrire en tant que véritable trait d'union, c'est-à-dire la ponctuation qui tout à la fois joint et sépare. »*

Dans cette quête de rapprochement et de partage, certaines mères parlent de symbiose avec leur enfant, ce qui amène à nuancer la notion d'attachement :

En effet, selon **M. DUBLINEAU** (20), *« 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 »*

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, et comme dans la théorie de 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.

Il est difficile de dire si les allaitements longs mis en place par les mères de notre étude 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, comme l'élaboration d'une situation difficile voire dépressive, ouvrant d'autres modalités de communication avec son enfant. La majorité des mères présentaient des séparations douloureuses qu'elles exprimaient au moment du sevrage.

Particularités du dernier enfant

Le sevrage s'il s'agit de la dernière maternité c'est bel et bien pour la mère l'ultime expérience d'allaitement : l'interruption délibérée de l'allaitement du dernier né peut alors être repoussée.

On sait d'ailleurs que la durée d'allaitement augmente avec le rang des enfants dans la fratrie et que le dernier enfant est souvent celui qui est allaité le plus longtemps.

En effet, avec l'expérience qu'elles acquièrent, les mères prennent confiance en leurs capacités et il y a moins d'obstacles pour un allaitement prolongé. Elles prennent de l'assurance pour tenir tête aux mauvais conseils, notamment ceux de certains professionnels de santé. En règle générale, l'allaitement de l'aîné sert de référence par la suite pour donner au moins autant aux enfants suivants.

Dans notre étude plusieurs mères expliquaient qu'elles avaient ce besoin d'une nouvelle grossesse lorsqu'elles n'allaitaient plus, certaines font d'ailleurs le lien entre sevrage et nouvelle grossesse pour de nouveau ressentir ce lien fort avec leur enfant.

Plusieurs auteurs mettent en valeur les particularités de l'allaitement du dernier enfant :

Michel SOULE (111) nous suggère d'employer pour ces femmes l'expression de « ménopause lactée »: l'allaitement du dernier né étant prolongé pour retarder ce deuil.

M. DUBLINEAU (114) 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. La perte inévitable de ce mode de relation à l'enfant, lorsque ce dernier se sèvre réellement, se trouve en mesure d'être compensé par le réinvestissement d'un autre enfant.* »

L'aménagement du sevrage : rivalité du biberon et de la tétine

La majorité des mères de l'étude ont effectué un sevrage progressif, avec parfois

introduction de tétine ou biberon. Pour d'autres ce temps de séparation a été plus compliqué devant la nécessité de la reprise de l'activité professionnelle, ou dans un contexte de maladie infantile, le sevrage a été rapide et brutal. Le nourrisson et la mère peuvent alors vivre difficilement ce moment.

Comment envisager progressivement le sevrage?

« Diluer dans le temps les séparations »

Différents auteurs notamment **J. Lighezollo (31)**, ou **T. Cascales (103)** reprennent les observations de **Dolto et Winnicott**, et soulignent les difficultés d'un sevrage progressif et non traumatisant pour la mère et l'enfant, lorsque l'allaitement est prolongé :

Dolto met en valeur les conditions pour rendre cette castration « symboligène », c'est-à-dire permettre à l'enfant de symboliser cet interdit sans traumatisme, autrement dit réussir à la fois à l'intérioriser et à l'accepter.

Elle insiste en particulier sur la nécessité en premier lieu de « *diluer dans le temps les séparations, en confrontant le bébé à une seule rupture à la fois (suppression du sein d'abord, puis de l'espace de sécurité entourant l'enfant, la mère donnant le biberon à côté de la nourrice dans le nouvel espace qui attend l'enfant, puis rupture par rapport à la présence de la mère : la nourrice donnant le biberon d'abord en présence de la mère puis hors de sa présence)*. Cette liaison des deux figures nourricières permet à l'enfant de se construire un nouvel espace sécurité où la mère et la nourrice seront associées. »

En cas de désir d'allaitement prolongé et de reprise parallèle de l'activité professionnelle, on imagine mal comment la mère pourrait respecter le caractère progressif du sevrage, d'autant que la reprise du travail est souvent synonyme chez elle d'arrêt brutal de l'allaitement naturel.

Lighezollo fait l'hypothèse que « *plus le bébé reste fixé longtemps au plaisir du corps à corps, plus il lui deviendra difficile d'accepter d'y renoncer. Ce corps à corps mère-bébé est même nécessaire aux besoins du nourrisson au début de sa vie car tout bébé est aussi nourri par les contacts tactiles à valence sécurisante. Mais nous suivons pleinement Dolto lorsqu'elle affirme que ce mode d'échange doit cesser d'être le mode de relation exclusif, voire même dominant entre les deux partenaires.* »

Dolto pose de manière précise les déterminants d'un sevrage « symboligène », qui pour **Lighezollo** ne sont nullement respectés en cas d'allaitement prolongé :

« *La possibilité d'accepter pour la mère le renoncement au plaisir du corps à corps pour le remplacer par un plaisir à distance, médiatisé par le langage et reposant sur le plaisir des échanges langagiers partagés au moment où le bébé est le plus sensible à l'environnement externe, c'est-à-dire juste après la tétée, en nommant les objets qui l'environnent, en multipliant les imitations de vocalises qu'il émet vont permettre « la sortie d'une phase fusionnelle avec l'enfant ».... Il est manifeste ici que ce type d'échanges sera plus réduit si la mère privilégie le corps à corps et les plaisirs associés au contact tactile (toucher, caresser, embrasser le bébé). Continuer à lui donner son sein au lieu de lui parler ne permet pas selon Dolto de castrer « la langue du téton »*

On voit bien ici les conséquences négatives d'un allaitement prolongé au sens où le langage du corps à corps, et le plaisir qu'il induit resteront trop présents pour permettre à la mère d'initier l'enfant au plaisir à distance d'elle, susceptible de favoriser parallèlement la communication dans un rapport de langage et son autonomisation. »

Travail d'anticipation du sevrage par la mère

En fonction de la préparation de ce temps de sevrage, les mères de l'étude ne vivent pas de la même façon cette séparation. Certaines mères arrêtent brutalement l'allaitement en laissant place au biberon, d'autres préfèrent opter pour un sevrage progressif en douceur avec poursuite des tétées ou l'utilisation d'un tire-lait, et débiter la diversification alimentaire.

D.BLIN décrit le « travail d'anticipation » du sevrage par la mère : (18)(60)(68)

« La décision d'arrêter l'allaitement se précède le plus souvent d'un long travail d'anticipation, qui doit commencer très tôt, quelques fois au moment même du choix d'allaiter ou non : penser nourrir son bébé s'envisage dans son ensemble, donc avec un début et une fin. Dès la résolution prise, un processus plus ou moins long semet en place. Sous diverses formes commence l'introduction dans l'alimentation du petit d'un corps solide tel que le bout de pain, ou encore liquide, donné par l'entremise d'un ustensile comme le biberon, la cuillère.

Certaines mères vont opter dans cette période sensible pour une introduction graduelle du nouveau, c'est-à-dire d'un corps étranger dans la bouche de l'enfant en y introduisant du familier. Elles peuvent, par exemple, recueillir leur lait (le familier) à l'aide du tire-lait et le donner au bébé dans un biberon (l'étranger), un élément non-mère se glisse alors dans la bouche de l'enfant. Cette introduction se continue et s'augmente plus ou moins rapidement, elle vient remplacer le lait maternel et conduit à l'arrêt complet et définitif du lait et du sein maternels, du corps à corps, du joue contre sein, du mamelon dans la bouche »

Pour D.W. Winnicott (104) « Le sevrage doit être une transition progressive et anticipée. Cependant les conditions salariales, les aléas de la vie ne permettent pas toujours cette anticipation. Les premiers signes envoyés par le nourrisson sont souvent significatifs d'un sevrage précipité. »

« Le sevrage est une expérience opérante à condition de fournir un cadre stable. Ainsi, le cadre d'alimentation proposé par les parents doit garantir les conditions du passage. L'installation d'un cadre stable d'alimentation dépend des capacités parentales à accepter l'aide des tiers, mais aussi à tolérer le refus alimentaire du nourrisson.

Par exemple, un nourrisson peut « réagir en perdant de l'appétit ou en refusant la nourriture, manifestant cependant qu'il a faim en pleurant ou en se montrant irritable. Lorsque les choses en sont là, il serait mauvais de le forcer à absorber de la nourriture. Pour le moment, de ce point de vue, tout est devenu mauvais et les mères ne peuvent rien y faire, à part attendre tout en étant prêtes pour un retour progressif de l'alimentation. »

Le sevrage est donc l'habitué du nourrisson à d'autres aliments mais aussi un changement dans les modalités d'interaction entre le nourrisson et ses parents. Tout changement demande au nourrisson et aux parents un temps d'adaptation.

Les conditions du sevrage influencent le rapport du nourrisson à l'alimentation

Pour certains enfants le sevrage peut devenir le temps des premiers refus alimentaires. Les difficultés d'alimentation chez les nourrissons débutent souvent au moment du sevrage ou au moment de la diversification et du passage à la cuillère comme le soulignent ces deux auteurs :

Pour **WINICOTT (104)** : *« du côté du nourrisson, cette adaptation n'est pas sans conséquence. Refuser de façon transitoire l'alimentation est également un moyen de faciliter le passage d'un état à un autre. Il est possible d'imaginer que la perte d'appétit soit une des conséquences de l'aménagement progressif de son nouveau rapport à l'alimentation. Changer de cadre alimentaire entraîne une modification des prédispositions posturales et induit des ajustements proprioceptifs chez le nourrisson. Ainsi, passer du sein à la chaise haute transforme la relation de portage dans les bras en situation de face à face sans portage. Les styles de communication employés sont différents puisque l'acte de toucher devient minoritaire à l'égard de l'accentuation attendue de la communication orale. Les mères s'adressent généralement plus à leur bébé quand ils sont en face à face que lorsqu'ils sont portés dans les bras. »*

Du côté des parents, ce temps d'adaptation pour le nourrisson est parfois extrêmement mal accepté. Les contraintes liées aux changements d'habitudes alimentaires sont vécues par certains parents sur un mode persécutoire. Le refus alimentaire, les comportements d'opposition, la perte d'appétit et la stagnation pondérale sont synonymes d'angoisse dans le meilleur des cas et de panique dans les cas les plus inquiétants. Les parents les plus inquiets font preuve d'empressement et modifient leur comportement et le cadre alimentaire choisi pour le sevrage. Ainsi, certains reviennent à l'allaitement par défaut, d'autres forcent l'alimentation, pendant que certains d'entre eux ne tolèrent plus le refus alimentaire et laissent la gestion du sevrage à d'autres sans que la situation ait été anticipée. Principalement, plus le sevrage est subi, plus les conditions de passage sont compliquées. »

CASCALES T. (103) a fait une étude sur les troubles alimentaires chez l'enfant secondaires à des sevrages douloureux. Il met en valeur l'importance du sevrage pour la construction de l'oralité du nourrisson :

« Malgré un sevrage progressif, le nourrisson peut exprimer ses difficultés au moment du sevrage sous forme de « colère devant la nourriture, d'un dégoût envers les nouvelles saveurs ou les nouvelles consistances, d'un manque d'esprit de découverte sur le plan alimentaire, d'un manque de plaisir de la zone oral.

L'anorexie simple est définie en premier lieu comme un trouble réactionnel au sevrage et à la diversification alimentaire. Ainsi, les enjeux sont conséquents et la pression sur les parents importante.

« L'attention de la mère doit porter aussi sur la coïncidence des événements et l'importance des passages d'une phase de développement à une autre. Par exemple, une mère « suffisamment attentive » évite de confier son nourrisson à une autre personne au moment du sevrage ou de passer à l'alimentation solide durant une maladie infantile ». Ce temps peut aussi faire le lit d'affections psychosomatiques diverses (eczéma, maux de ventre...) ».

L'objet transitionnel

Les mamans envisagent difficilement que leur lait soit remplacé même pour une tétée par de l'eau sucrée ou du lait maternisé. Elles se vivent en rivalité avec le lait maternisé, la tétine, le biberon.

Le sein et son contenu les représentent tout entières, sans substitution possible, il n'est pas rare de les voir tirer leur lait, le mettre au réfrigérateur le congeler pour qu'il soit donné à l'enfant.

Le biberon introduit une distance au corps de la mère et rend possible l'intervention d'un substitut à la mère : le père ou l'entourage : *« il ne prend le sein qu'avec sa mère, et le biberon ou la cuillère qu'avec un tiers ou à l'extérieur »*

Ces mères sont en quête d'un tiers pour éviter d'être confrontées à cette relation duelle, vécue comme « étouffante » comme si l'allaitement ne leur permettait pas d'introduire une distance réelle ou fantasmatique.

Le concept d'objet transitionnel développé dans la théorie de Winnicott continue d'être un objet de controverses (188). Cet objet se définit par sa nature (couverture, tissu très doux), sa spécificité qui est celle d'avoir été créée par l'enfant dans cet espace intermédiaire d'expérience. Il se met en place vers le 4^e mois et sa fonction est de permettre à l'enfant d'expérimenter son monde interne dans une relation de projection tout en apprenant à le dissocier du monde externe. Cet objet joue un rôle important dans la gestion de l'angoisse de type dépressif qui accompagne la séparation, la perte de l'objet (la mère). Il contribue ainsi à soutenir le processus de séparation-individuation chez l'enfant. L'objet transitionnel est considéré comme une nécessité psychique par la plupart des psychologues et psychanalystes d'enfants et comme une nécessité culturelle par les praticiens de la petite enfance et les chercheurs transculturels. D'autres psychologues lui accordent une valeur de fétiche exprimant une faille dans la construction psychique de l'enfant.

Dans une étude épidémiologique portant sur la place de l'objet transitionnel, **Y. GOVINDAMA** (188) fait l'hypothèse que l'objet transitionnel se substitue au corps de la mère et peut être au sein dans sa double fonction. Son usage varie en fonction des modes de maternage, et confirme son absence de caractère universel tout en allant dans le sens de sa dimension culturelle.

D BLIN (90) explore le rôle de l'objet transitionnel dans la relation mère-bébé : *« Le transitionnel se situe dans cet espace où l'enfant passe de l'état d'être uni à sa mère, en fusion avec elle, à un état où il peut la reconnaître en tant qu'autre. Il peut alors entrer en relation avec elle. L'objet transitionnel marque ce moment où, au cours d'un travail très progressif, l'enfant glisse de l'union à la relation. Ce phénomène*

s'amorce grâce à la qualité des premières expériences orales.

L'enfant découvre le plaisir de l'ingestion du lait, le plaisir de téter le sein mais aussi ses doigts. L'enfant perçoit l'objet transitionnel tantôt comme phénomène subjectif – une partie de moi –, tantôt comme un objet – autre que moi.

Première possession de l'enfant, cette « first not me possession » contient à la fois du moi et de la mère. Il est embryon d'objet autre que mère. Il ouvre vers le non-mère. Soumis au désir du bébé, cet objet est malléable. Il permet un travail subtil de distanciation progressive. L'objet, l'espace transitionnel, est un objet symbolique, il se situe dans un entre-deux, entre le moi et le non-moi. Il emplit le vide de l'espace. Cet objet succède au sein et/ou au lait. C'est parce que le sein fut présenté de manière suffisamment bonne qu'il demeure présent et ainsi permet à l'objet transitionnel de se créer et de soutenir le passage vers l'individuation.»

« Pour que la tétine puisse être, devenir, demeurer satisfaisante et jouer son rôle de pacificateur (« tétine » en anglais se dit pacifier), pour qu'elle puisse relayer le sein, encore faut-il que la mère soit suffisamment présente en quantité et en qualité. Une des qualités de l'objet-mère, c'est d'abord de permettre à l'enfant de s'unifier. C'est à partir de ce que la mère transmet que le bébé va pouvoir apprendre à se réguler émotionnellement, à garder en lui la présence, la contenance maternelle et surtout le sentiment de continuité, d'existence. »

d) Déterminants sociaux et familiaux du sevrage

La reprise du travail

Toutes les études statistiques récentes faites dans les pays industrialisés montrent que l'allaitement au sein est plus fréquent chez les femmes diplômées et exerçant une profession.

Une **étude effectuée à Oslo par Holm Arstad (84)** à la fin des années 1970 avait montré que les mères qui reprenaient un métier ou retournaient à leurs études au cours des douze premiers mois après la naissance allaitaient davantage que celles qui restaient chez elles. Mais à l'époque, la reprise du travail était le plus souvent synonyme de sevrage définitif de l'enfant. C'est encore souvent vrai de nos jours.

L'allaitement prolongé confrontait fréquemment les mères à des difficultés organisationnelles en particulier quand elle travaillait (84) mais pour autant elles en retiraient des gratifications importantes dans la relation qui les liait à leur enfant : elles y puisaient un bénéfice affectif qui semble largement compenser les obstacles rencontrés (**Auerbach, 1984 ; Kendall-Tackett, 1995 ; Fadda, 2003**). (84)(87)

Dans cette **thèse (84) (Fadda 2003)**, les mères qui poursuivaient l'allaitement après la reprise du travail ne le décrivaient pas « *comme un poids supplémentaire, mais comme un réconfort à la séparation* ». Il leur apportait « *un fort sentiment de satisfaction qui [traduisait] l'existence de compensation* ».

Et dans **l'étude de Kendall-Tackett et al. (136)**, elles insistaient également sur l'impression d'avoir ainsi créé un lien mère-enfant particulièrement fort et confirmaient que les bénéfices qu'elles tiraient de cette expérience supplantait

largement les inconvénients rencontrés. »

Il est évident que plus les circonstances sont favorables, plus il sera facile de concilier travail et allaitement :

- bébé plus âgé (un mois de plus ou de moins peut faire une grande différence : dans l'étude de **K. Auerbach (136)** « Maternal employment and breastfeeding », les mères qui reprenaient le travail quand leur bébé avait au moins 16 semaines allaitaient plus longtemps que les autres) ;
- horaires réduits et/ou flexibles (s'il n'est pas possible d'arrêter complètement de travailler, il est peut-être envisageable de prendre temporairement un temps partiel : dans **l'étude d'Auerbach**, le nombre d'heures de travail par semaine était le deuxième facteur important) et temps de transport plus court ;
- possibilités de tirer son lait (toujours dans la même étude, 86 % des femmes tiraient leur lait au travail, et celles qui le faisaient allaitaient en moyenne plus longtemps que les autres) ;
- bébé gardé près du lieu de travail, voire sur le lieu de travail ;
- et, pourquoi pas, bébé emmené au travail !
- Beaucoup de mères aussi se voient refuser de donner leur lait dans des crèches pour des raisons sanitaires. À certains endroits, on s'abrite derrière un arrêté fixant les « conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social » pour refuser le lait maternel, car celui-ci étant tiré à domicile et non acheté en grande surface, il est impossible de garantir la chaîne du froid !

La législation en France : (code du travail et allaitement en Annexe)

Le Code du travail français prévoit différentes dispositions, anciennes pour la plupart, destinées à faciliter l'allaitement par les mères qui ont repris leur emploi à l'issue du congé de maternité. Comme elles ont été très peu, voire pas du tout utilisées pendant des décennies, elles sont le plus souvent complètement inconnues de l'employeur, qui va les découvrir par la mère qui veut faire valoir ce droit.(Annexe)

Mais – comme dans d'autres domaines de vie sociale – il y a une forme de tolérance à ce que les lois ne soient pas toujours appliquées...(28) Enfin, le Comité européen des droits sociaux conclut à la non-conformité des dispositions françaises avec la Charte sociale européenne concernant la rémunération des pauses d'allaitement (Comité européen des droits sociaux, 2012).

Les contraintes économiques infléchissent nécessairement lourdement le choix d'allaiter et de poursuivre (ou non) sur une longue durée l'allaitement. Ainsi, les femmes qui allaitent le plus sont celles qui ont choisi un temps partiel ou une interruption temporaire (**Gojard**, 2000), choix générant une baisse de revenus et affectant sérieusement la carrière professionnelle. La fin du congé de maternité est la justification la plus fréquente à l'arrêt de l'AM entre trois et six mois postnatals (**Delamaire, (185) Walburg, et al.,(86)2007**) et les femmes qui allaitent le plus longtemps sont celles qui sont au foyer (Gojard, 2000) (78).

Notons également que c'est dans les pays où les congés de maternité sont les plus longs et rémunérés à 80% du salaire (Norvège, Suède) que l'on trouve les taux d'AM les plus élevés et les sevrages les plus tardifs.

Le choix de ne pas prolonger l'allaitement en France porte aussi manifestement le poids de la variable socio-économique constituée par la reprise d'une activité professionnelle. Même si toutes les études n'aboutissent pas à des résultats univoques sur ce plan (**Gojard 2000**) (78)(108), les statistiques nationales disponibles sont ici édifiantes : **l'enquête de l'INSERM (1999) (5)(13)(16)(17)(27)** révèle en effet que : à 8 semaines, 50 % des bébés allaités sont sevrés (c'est donc la durée médiane) ; à 12 semaines, 70 % des bébés allaités sont sevrés.

Les raisons de l'arrêt de l'allaitement ont été analysées :

Origine du sevrage	Sevrage avant 9 semaines	Sevrage après 9 semaines
Manque de lait	38%	15%
Problème médical	28%	12%
Reprise du travail	16%	48%
Autres	18%	25%

Ces chiffres indiquent clairement que la reprise du travail est l'origine principale du sevrage (après neuf semaines).

L'allaitement autres sociétés, autres regards : Edith THOUEILLE (111)

La disparité des congés maternité, dans le monde, et au sein même de la communauté européenne, est importante : en France 16 semaines payées à 100 % du salaire, en Italie 5 mois payés 80 % du salaire, en Espagne 16 semaines payées 75 % du salaire, au Danemark 28 semaines payées 100 % du salaire. La politique familiale la plus généreuse revient à la Norvège qui accorde aux jeunes mères un congé maternité de 10 mois rémunéré à 100 % et 12 mois à 85 %. Ce confort législatif, qui est une certaine forme de reconnaissance de la maternité, a-t-il une influence sur la durée des allaitements ? Une étude reste à faire en ce domaine.

Le rôle primordial du père

Dans notre étude les pères occupent une fonction de soutien envers les mères, et parfois de défense contre les jugements et les critiques surtout quand leur allaitement se prolongeait.

Cependant certaines mères formulaient clairement qu'elles cultivaient cette dyade avec leur enfant, entretenant ce clivage dans la relation volontairement, pour profiter aussi de cette relation exclusive et privilégiée avec l'enfant.

Elles exprimaient qu'au départ la décision d'allaiter avait été discutée avec leur conjoint, et pour ces mamans tous les conjoints étaient favorables à l'allaitement...d'après ces mères.

Mais ensuite au fur et à mesure que l'allaitement avançait dans le temps, souvent le

père s'interrogeait sur la poursuite de cet allaitement. Plusieurs mamans ont exprimé les difficultés que leur conjoint avait pu ressentir notamment cette impression de grande frustration de ne pouvoir nourrir leur enfant.

Est-il possible de faire une place à un autre dans ce fusionnel où mère et bébé vivent comme un tout confondu ? Tout cela interroge sur la place de l'homme qui lui aussi va se positionner dans une nouvelle identité, un nouveau rôle. Il lui incombe notamment de trouver sa place de père tout en permettant à la femme amante de refaire surface, de se dégager de la relation avec l'enfant pour le rejoindre. Donc de transformer la dyade mère-bébé en triade pour permettre l'individuation de l'enfant.

Que disent les études concernant le vécu des pères pendant un allaitement long ?

- - Pères dans le soutien

Pour **D. BLIN : (90)**: *« L'allaitement requiert le soutien de l'autre, du père, mais également de la mère de la mère. La seule présence du père modifie le comportement de la mère et du bébé dans l'allaitement. Le bébé tète plus vite et mieux. »*

Le père est regard, le regard de l'autre rassemble, soutient, protège des menaces du début de la vie. La mère a besoin du père pour sentir et pour faire vivre son sein, pour pouvoir rêver et penser son bon sein allaitant, pour pouvoir mettre en place sa fonction créatrice avec et pour l'enfant. Le seul besoin et désir du bébé ne suffit pas. L'allaitement est un acte social. »

M.L BRUYN (51) dans sa thèse de 2013 et d'autres études françaises (70)(71)(98) et étrangères (167)(168) (169)(193) ont étudié l'attitude du père au cours de l'allaitement maternel :

« Il y a deux sortes d'attitudes de la part des pères qui sont radicalement opposées. Cependant, les pères qui au départ étaient plutôt hostiles peuvent changer d'avis au fur et à mesure qu'ils découvrent l'allaitement et ses effets sur leur enfant. »

1/Les pères, dont l'opinion est favorable à l'allaitement, ne demandent pas à pouvoir nourrir leur enfant, ils voient l'allaitement avant tout comme un plaisir et une pratique naturelle. Ils sont satisfaits des liens que crée l'allaitement et sont heureux de voir le bonheur de leur enfant et de leur femme.

2/ Inversement, les pères plus hostiles à l'allaitement ont peur de se sentir exclus et pensent que ne pas nourrir leur enfant, nuit à leur relation avec lui. Ils font passer leur propre intérêt avant celui de l'enfant. A. Sinnott (61) explique que ces pères-là ont besoin de gagner en maturité. Ils se sentent en rivalité avec leur enfant parce qu'il accapare leur compagne. Elle pense qu'ils manquent tout simplement d'information concernant l'allaitement et les besoins d'un nourrisson. »

Son rôle particulier dans l'allaitement long

Ensuite quand l'allaitement se poursuit dans le temps, le rôle du père est surtout de soutenir la mère, de lui redonner confiance et de lui permettre des temps de repos. Il faut évidemment qu'il soit partie prenante.

Ce qui semble le plus important pour les mères est vraiment le soutien psychologique de la part de son compagnon. Le couple doit faire face ensemble aux critiques que soulève fréquemment l'allaitement long. Le père peut aussi tenir le rôle de confident pour la mère, car il est parfois le seul à qui elle peut parler de son allaitement, le sujet étant souvent tabou pour la société.

Une **étude brésilienne (169)** récente a cependant révélé que, passé un certain temps, les pères devenaient un facteur de sevrage et que l'allaitement durait plus longtemps si le père n'habitait pas avec la mère. Cependant, il s'agit d'une étude brésilienne dont le résultat est difficilement transposable en France.

Les femmes dont le conjoint était le plus favorable à l'allaitement sont celles qui ont allaité le plus longtemps.

Enfin, il semble important de valoriser le rôle du père dans la réussite de l'allaitement maternel et de réaffirmer que les parents constituent une équipe, y compris en matière d'allaitement maternel (170).

Une étude australienne de 2009 menée par J. TOHOTOA (110) s'est intéressée à déterminer quelle 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 est également retrouvée dans notre étude.

Une étude suédoise menée par A. EKSTRÖM (29) 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 puisque chez les multipares, les pères paraissent s'occuper des autres enfants.

Ces données attestent bien du rôle primordial du père dans l'allaitement maternel dans l'accompagnement et le soutien de la mère.

Partage dans le couple de la décision d'allaiter

Concernant la décision d'allaiter, les entretiens 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.

Deux mères ont évoqué que ce choix de l'allaitement leur était propre et que le père « *n'avait pas sa place ni de mot à dire* », c'était leur choix .

Les mères interviewées par **M. DUBLINEAU**(20) dans son étude expriment aussi le fait que l'allaitement maternel est un choix qui leur est propre, une « évidence » comme il est parfois question chez certaines mères de notre étude qui demandaient très peu l'avis à leur compagnon.

Dans l'étude de **M. DUBLINEAU**, l'allaitement a souvent été évoqué 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 ».

Aussi **D. JODELET**(117) étudiant les représentations sociales de l'allaitement maternel, 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.

- Père : double rôle de contenant et de séparateur

La plupart des cliniciens spécialistes soulignent l'importance de la fonction paternelle de séparation dans la construction de l'individuation du bébé, passant par la possibilité de se détacher du sein maternel. (64)

D.BLIN (68) met en valeur le rôle du père dans le temps de sevrage.

« Si l'allaitement au sein se vit essentiellement entre mère et enfant, le sevrage implique forcément le père. Sevrage, dans son sens de mettre à part ou de mettre une distance, éloigner et s'éloigner, former une limite, il s'envisage dans une double dimension, celle de l'objet et du sujet. En revanche, dans son sens d'interposer, il en installe une troisième ou un troisième, un autre qui s'entremet, pose une limite, ordonne la censure, c'est-à-dire un tiers séparant- séparateur investi de cette

fonction. L'enfant grandit, il ne se contente plus seulement des soins maternels, il invite le père à changer de place et, d'un père auprès de la mère et de l'enfant, le père vient se poser entre mère et enfant, mouvement progressif dans l'histoire de l'évolution de la triade père-mère-bébé ».

J. LIGUEZZOLO (31) étudie le poids de la relation de couple actuelle et la fonction paternelle de séparation : *« L'arrivée du bébé oblige chacun des parents à reconstruire son identité sexuelle avec une partition nouvelle où ils ont respectivement à assurer une nouvelle fonction de père et de mère tout en conservant leur fonction d'amant(e) dans le cadre de leur vie de couple. La fonction paternelle de séparation 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 »*

Elle souligne aussi le risque d'exclusion du père de la dyade mère/bébé, lors d'un allaitement prolongé :

« 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 à un niveau imaginaire), mais le plus souvent anaclitique plutôt qu'incestueux. »

Cette exclusion pourrait être favorisée pour l'auteure par l'injonction médicale à l'allaitement prolongé :

« Il nous semble que l'injonction médicale à l'allaitement prolongé vient 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 auprès de lui des satisfactions substitutives par rapport aux manques en provenance de son partenaire.

La conséquence la plus dommageable pour l'enfant est le maintien durable d'une dépendance, risquant d'entraver de manière conséquente son individuation et son autonomisation future, ce que Daws traduit à sa manière en parlant de « danger de l'intimité ».

« L'exclusion du père peut se déplacer sur le bébé lorsque le bébé est perçu comme le symbole de l'échec de la relation de couple. Le rejet du bébé peut alors se traduire par l'arrêt rapide de l'allaitement, voire le refus d'allaiter. »

M. DUBLINEAU (114) 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.

« 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. »

Cette description de **tiers protecteur et séparateur** apparaît souvent dans nos entretiens. Les mères expriment ce rôle de père comme leur « meilleur allié » contre les pressions et critiques de la société, et aussi père comme tiers séparateur. En effet plusieurs mères exprimaient clairement qu'elles attendaient de la part de leur compagnon qu'il puisse poser des limites, limites dans la durée et aussi dans la relation avec l'enfant pour que celle-ci ne devienne pas trop fusionnelle, et qu'elles décrivent parfois comme un « piège » pour reprendre l'expression d'une maman.

Les mères qui pratiquent le maternage proximal nous disaient toutes trouver par cette éducation un juste équilibre dans la relation de couple, et que leur compagnon ne se sentait pas exclus. Il exploitait d'autres relations et interactions avec l'enfant par le jeu par exemple.

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 par cette pratique.

Quelques pères dans notre étude se sentaient exclus de cette dyade : par exemple le père de jumelles qui ont été allaitées jusqu'à leurs deux ans qui avait eu beaucoup de difficultés à trouver sa place de père. Cela était difficile à évaluer car seules les mères ont été interrogées ce qui constituait un biais important dans les informations recueillies.

D'autres auteurs explorent **le rôle de séparation** dans le père :

D. BLIN (111) étudie la place du tiers dans la pratique de l'allaitement et la construction de la triade.

« Est-il possible de faire une place à un autre dans ce fusionnel où mère et bébé vivent en un tout confondu et fonctionnent en boucle enchevêtrée, dans une absorption réciproque : le lait pour le bébé, le bébé dans la pensée de la mère ? »

Avant la constitution du tiers, nous avons affaire à un tiers parcellisé ou fragmenté, en principe posé d'emblée par la mère entre elle et son bébé, un embryon de père : véritable perspective ouverte vers l'extérieur qui entoure et fortifie l'unité mère-bébé.

Père-mère-bébé forment les trois parties d'un tout. Ici s'inclut la part maternelle du père qui s'exprime de façon plus ou moins consciente : par exemple, le « on » globaliste surgit dans le discours de certains pères : « Ma femme et moi, on donne le sein », ou « quand on allaite ». Il est celui auquel la mère a recours au moment du sevrage. Il peut donner le premier biberon pour amorcer le travail de séparation, de même, la première cuillerée, le premier morceau de pain. Le temps du sevrage requiert du père pour soutenir et aider à la séparation physique et psychique »

CASCALES T. (103) s'interroge sur les capacités du père à amorcer ce moment du sevrage :

« Tout sevrage n'est jamais que l'apprentissage de l'accoutumance à un manque. Nous pouvons dès lors nous interroger sur les moyens dont disposent les parents pour faciliter cette accoutumance chez leur nourrisson. Par exemple, le contact peau à peau avec le père peut avoir cette fonction dans l'économie familiale. Si les temps de contact peau à peau ont été répétés et soutenus dès la naissance, le père peut

accompagner la régulation de l'économie psychique du nourrisson en poursuivant ces temps d'échanges corporels. »

R. MILJKOVITCH (109) propose de s'interroger sur la spécificité du rôle du père à remplir cette fonction protectrice et sur sa capacité à mater, *« c'est-à-dire à pouvoir répondre avec autant de sensibilité que les mères aux besoins de leur enfant. »*

« Il faut se pencher sur les fonctions spécifiques du père, et non pas sur celles qui sont caractéristiques typiquement maternelles.(...) Le sevrage 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. »

L'auteure 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 maternel en grande partie, il n'en demeure pas moins que le père doit par la suite 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 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 sécurisante d'attachement. 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 de leur femme et avoir une fonction de soutien fiable, gratifiante auprès d'elle.

5.2.3 La place du médecin généraliste dans l'accompagnement à l'allaitement.

a) Connaissances du médecin en allaitement

Les différentes études concluent à une méconnaissance de l'allaitement par les médecins : (92)(173)(175)

Une thèse soutenue en **2001 (173)** « Enquête sur les besoins de formation sur l'allaitement du médecin généraliste » montre que parmi les généralistes du Rhône :

- 43,6% ne s'estiment pas suffisamment formés sur l'allaitement
- 82,7% pensent que la formation médicale est insuffisante (77,9% des hommes, 94,7% des femmes).
- 72,2% souhaiteraient des cours en 3ème cycle; 67,7% en session de FMC ou enseignement PU; 31,6% par un atelier pratique; 17,3% au cours des 1er et 2ème cycles de leurs études; 3,8% par un diplôme d'études universitaires.
- 91% des généralistes pensent qu'un document pédagogique pourrait leur être utile. En premier lieu ils aimeraient plus d'informations sur les pathologies de l'allaitement (lymphangite, crevasses, abcès, ...).

L'étude récente de **F. RIVIERE** en 2002 (175), portant sur les connaissances de l'allaitement maternel et pratiques de 95 jeunes médecins généralistes, montre qu'ils sont convaincus des avantages de l'allaitement maternel, cependant leurs connaissances théoriques sont en défaut : *« ils n'ont pas les repères théoriques et pratiques suffisants pour soutenir les mères qui allaitent »* :

« Une forte proportion de médecins ne sait pas répondre aux problèmes courants de l'allaitement maternel et leur expérience personnelle ou non d'allaitement guide leurs pratiques. 78% des médecins généralistes interrogés pensent que « l'on puisse concilier travail et allaitement », 11.6% pensent que non, 10.5% ne savent pas.

Concernant les associations de soutien à l'allaitement, 36.2% des médecins interrogés les connaissent, 63.8% n'en connaissent pas.

Les bénéfices d'un allaitement maternel exclusif de 4 à 6 mois dans la prévention de l'obésité, la diminution des otites et des gastro-entérites ne sont pas bien connus des jeunes médecins.

Par contre le maintien des liens psycho-affectifs entre la mère et l'enfant et la prévention des allergies sont les principaux avantages reconnus à l'allaitement exclusif de 4 à 6 mois. »

b) Une formation initiale insuffisante

Beaucoup de femmes ont entendu leur médecin leur dire que l'allaitement les fatiguait et qu'il fallait arrêter, que leur enfant était assez grand et qu'il fallait couper le cordon. Il ne s'agit pas de remarques scientifiques, ces remarques sont d'ailleurs contraires aux recommandations scientifiques. Les professionnels de santé, bien souvent des médecins, émettent un jugement personnel en demandant aux femmes de sevrer leur enfant dès quelques mois, alors que les mères ont au contraire besoin de réassurance et de soutien.

Certains vont rester neutres jusqu'aux 6 mois de l'enfant, mais ensuite ils conseilleront le sevrage. Ainsi, la plupart des femmes allaitantes vont s'orienter vers un médecin formé à l'allaitement maternel. Les diplômes de consultant en lactation et le diplôme universitaire en lactation humaine servent vraiment de référence aux mères. Cela les rassure quant aux compétences professionnelles de la personne qu'elles consultent.

Les médecins formés à l'allaitement auront une attitude positive et de réassurance vis-à-vis des mères. Les médecins qui ont une expérience personnelle positive de l'allaitement, que ce soit une femme qui a allaité ou un homme dont la femme a allaité, ont également une influence positive sur la poursuite de l'allaitement.

Parmi tous les professionnels, les généralistes occupent une place de choix, c'est un interlocuteur privilégié de la femme enceinte et de la mère allaitante, ils prennent en charge le couple mère-enfant dans sa globalité. Dans ce contexte, une formation des généralistes à l'allaitement maternel est plus que nécessaire et leur rôle dans la promotion de l'allaitement maternel n'est pas non plus à négliger.

Une formation postuniversitaire avec la création d'un Diplôme Universitaire Allaitement maternel a été mise en place à la faculté de Grenoble et de Brest. Des organismes de formation de Consultant en lactation existent également. Un centre de documentation sur l'allaitement maternel le CERDAM existe à Lyon depuis 2003. La semaine mondiale à l'allaitement maternel est organisée chaque année au mois

d'octobre et permet de sensibiliser le grand public et les professions de santé sur le thème de l'allaitement.

Les professions de santé ne sont pas les seules sources de conseils pour les mères

Dans son enquête sociologique, **S. GOJARD (78)(108)** montre que le milieu social est un facteur déterminant dans le choix des sources de conseils concernant l'alimentation dans la petite enfance. Dans les milieux populaires, les principales sources de conseils sont la transmission familiale avec l'avis de la mère, puis le centre de PMI. Le recours à la PMI favorise l'allaitement : les deux tiers des femmes qui citent le centre de PMI comme source de conseils ont allaité leur plus jeune enfant. Dans les classes supérieures, les jeunes femmes prennent plus souvent conseil auprès de leur pédiatre et dans les manuels de puériculture. Ces deux types de soutien sont actuellement, dans l'ensemble, favorables à l'allaitement. Dans les milieux intermédiaires, le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié .

Les intervenants dans le champ de la petite enfance, et dans l'alimentation en particulier sont multiples. Citons le médecin de famille, le pédiatre de ville, le pédiatre hospitalier, l'équipe de crèche, le service municipal de la petite enfance, l'équipe de Protection Maternelle et Infantile. La coopération des professionnels de santé libéraux, hospitaliers et institutionnels est à développer, en raison de la difficulté de disposer de procédures collectives, notamment en matière de promotion de l'allaitement maternel. Les mères reçoivent des conseils souvent contradictoires qui compromettent la durée de l'allaitement maternel. Parallèlement aux intervenants institutionnels, et au corps médical, le rôle de la famille, des médias (livres, revues, émissions télévisées), des associations de promotion de l'allaitement maternel et des forums, groupes de discussion est déterminant.

L'étude de la diffusion des conseils en matière d'alimentation du jeune enfant suppose donc d'analyser la place qu'y tient chacun des intervenants comme des autres personnes susceptibles d'intervenir dans les premiers mois de l'enfant. Elle traite d'un processus complexe qui voit se confronter les discours scientifiques aux normes sociales et se diffuser de façon non contrôlée les savoirs par les médias.

c) Comment aborder l'allaitement maternel avec la mère ?

Quelles informations et quel soutien les médecins généralistes sont en mesure d'apporter aux femmes enceintes et aux mères allaitantes, au vu de leurs propres représentations de l'allaitement et de la place qu'ils s'attribuent auprès de ces femmes ?

Plusieurs études(93)(186)(171)(172) montrent que toutes les méthodes d'encouragement à l'allaitement au sein, soit par le corps médical, soit par des associations diverses, ne font pas varier le pourcentage des durées d'allaitement supérieur à 1 mois. La raison est certainement que, même dans une population citadine motivée et bien informée, les difficultés initiales de l'allaitement touchent 50% des mères.

Aussi dans le cas de normes injonctives (**Desrochers & Renaud, 2010**) (74) l'individu perçoit alors une pression qui se transformera probablement en opposition ou soumission ne permettant pas le succès d'un AM.

Aurélié BORGnat-JAMBON (63) a montré dans sa thèse de **2012** « allaitement maternel en médecine générale : représentations, attitudes pratiques des médecins généralistes et perception du vécu de leurs patientes », que le vécu personnel de l'allaitement conditionne la pratique professionnelle.

Ce soutien de la part des médecins est vraiment bénéfique à la poursuite de l'allaitement et permet d'en augmenter sa durée.

Il ressort de ce travail que, si ces médecins ont à première vue une vision plutôt positive de l'allaitement, ils en pondèrent cependant nettement les bénéfices. Ils n'exposent que les avantages pratiques ou ceux pour la santé de l'enfant et occultent les bénéfices pour la santé de la mère. Ces médecins s'attribuent en priorité un rôle de soutien et de prise en charge des complications médicales ».

« La promotion de l'allaitement est un rôle dont certains se sentent également investis mais qu'ils ont parfois des difficultés à assumer par crainte de culpabiliser les patientes.

De plus, ils abordent le sujet plutôt tardivement durant la grossesse, argumentant cela par le fait que les mères ne se préoccupent que tardivement de la question selon eux. Bien qu'ils pensent être un premier recours pour les mères en cas de problème et se distinguer des autres professionnels par une prise en charge globale du couple mère-enfant, ils n'estiment pas forcément être les mieux placés pour parler de l'allaitement.

Ils partagent avec leurs patientes des croyances non scientifiques reflétant celles de leur environnement socioculturel. Les attitudes pratiques face aux problèmes rencontrés par les mères sont donc très variables d'un médecin à l'autre, car non soutenues par un apport théorique et pratique solide et cohérent. Ces médecins ne perçoivent pas toujours avec justesse les difficultés rencontrées par leurs patientes et ont plutôt tendance à sous-estimer l'importance du soutien qu'ils peuvent leur apporter. »

M. SOULE (118) fait le constat du silence entourant l'allaitement dans la constitution des anamnèses et du peu d'écoute accordée. 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.*

Les médecins généralistes doivent donc améliorer leur savoir et surtout leur savoir-faire notamment en terme de communication autour de l'allaitement maternel.

Il convient d'adopter une attitude empathique de neutralité bienveillante et les accompagner en fonction de leur demande. L'objectif n'est pas d'influencer le choix de la jeune mère mais de le respecter quel qu'il soit puisqu'il n'appartient qu'à elle de

savoir ce qu'elle doit faire. Personne mieux que la mère ne sait, en matière d'allaitement, ce qui est bon pour elle et pour son enfant.

d) L'allaitement : porte d'entrée pour l'étude de la dyade mère/bébé

Pour reprendre une proposition de **D. STERN (1974)** « le thérapeute devrait accompagner la mère dans son maternage et la soutenir dans l'effort considérable qu'elle fournit pour assurer la survie et le développement de son bébé.

Si la mère qui allaite sent une quelconque désapprobation de la part de celui auprès de qui elle vient chercher de l'aide, elle risque alors de se replier sur elle, et au mieux de cacher cet élément de sa relation au bébé, au pire soit de sevrer son enfant sous la pression, soit d'interrompre la prise en charge thérapeutique. »

L'allaitement constitue en fait pour le thérapeute une porte d'entrée merveilleuse vers le monde intime de la mère et de son bébé. L'observation d'une tétée au sein pourrait apporter beaucoup d'informations.

C'est l'occasion de s'appuyer sur un comportement très valorisant pour la mère qui exprime tout son engagement et son investissement pour son bébé. Certains détails pourront être particulièrement observés (postures, regards, échanges, comportement du bébé et de la mère, etc.), des micro-événements signalés à la mère (« regardez comme votre bébé semble apaisé par cette tétée »).

Parler à la mère de son allaitement, en lui posant des questions précises et concrètes, écouter ce que la mère souhaite en dire, puis éventuellement donner quelques points de repères pourraient engager un meilleur accompagnement du couple mère-bébé.

Même quand la mère rencontre des difficultés dans son allaitement, le thérapeute a le moyen de valoriser la mère dans ses tentatives, dans son désir.

Encourager la mère en l'assurant de l'importance de ce geste, pour son bébé comme pour elle, lui apportera un soutien précieux dans son maternage. Observer la chorégraphie qui se joue pour cette mère-là et son bébé, pour les accompagner dans leur développement, renforcera positivement la représentation qu'elle a de cette pratique.

Soutenir l'allaitement demande au thérapeute de laisser la première place à la mère et de s'effacer pour ne pas « faire à la place ».

Cette réflexion sur l'accompagnement des mamans dans l'allaitement pourrait également être profitable pour les mères qui ont sevré leur bébé et pour celles qui n'ont pas donné le sein, afin de mieux les comprendre et de les accompagner.

e) Quelle est l'attente de ces femmes allaitantes ?

On peut aussi s'interroger sur l'attente de ces femmes concernant l'information et le soutien de leur médecin, ont-elles réellement une attente, ou préfèrent-elles s'informer par elles-mêmes et se tourner vers des associations ou des spécialistes de l'allaitement ?

L'allaitement maternel est un sujet intime et privé dans lequel il convient d'accompagner et non d'influencer.

En fonction de sa propre histoire, de ses représentations, de son vécu passé et présent avec son bébé, la mère pourra déterminer ce qui lui convient.(95)

D. JODELET (26)(117) 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 ».

Notre étude a mis en valeur une nette absence de transmission familiale de l'allaitement chez ces femmes qui s'affirment contre leur famille, les idées de la société et les normes en vigueur et qui pour certaines préfèrent cacher leur allaitement à leur médecin.

Elles préfèrent se tourner vers des associations ou des spécialistes de la lactation en qui elles ont plus confiance et qu'elles jugent plus compétents.

La médecine ne semble pas trouver sa place dans l'accompagnement de ces femmes qui s'informent par elles-mêmes, et qui pour certaines sont à la recherche par cette pratique d'une approche la plus naturelle et la moins médicalisée possible.

Le milieu médical peut 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. 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.

f) Méthode de communication : le processus d'empowerment

Un concept adapté à la pratique de l'allaitement maternel (81)(82)

Pour certains auteurs, le fait même d'allaiter est considéré comme une source d'« empowerment » parce qu'il donne intrinsèquement un sentiment de fierté aux mères qui nourrissent leur enfant.

Loin d'être la méthode d'esclavagisation dénoncée par E (37) (187), le maternage proximal et l'allaitement maternel sont pour ces mères une façon de répondre aux besoins du bébé, et une source d'empowerment susceptible de rendre les femmes plus fortes, plus affirmées, plus confiantes en leurs capacités.

L'analyse du concept d'empowerment réalisée par Le Bossé et Lavallée (1993) a permis de dégager certaines constantes se retrouvant dans la majorité des définitions applicables à l'empowerment.

Les notions de caractéristiques individuelles (le sentiment de compétence personnelle, de prise de conscience et de motivation à l'action sociale), ainsi que celles liées à l'action, aux relations avec l'environnement et à sa dimension dynamique font l'unanimité.

Au plan individuel, Eisen définit l'empowerment comme la façon par laquelle l'individu accroît ses habiletés favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle. Certains parlent de processus social de reconnaissance, de promotion et d'habilitation des personnes dans leur capacité à satisfaire leurs besoins, à régler leurs problèmes et à mobiliser les ressources nécessaires de façon à se sentir en contrôle de leur propre vie.

Quelques définitions du concept d'empowerment : (82)(177)

Le mot empowerment tire sa racine latine de « potere » qui signifie être capable de, ou avoir l'habileté de choisir.

Un des termes utilisé pour traduire en français le mot empowerment est l'auto-appropriation : auto provient du grec autos et signifie « de soi-même » alors qu'appropriation signifie « action de faire sien quelque chose, de se donner des moyens d'agir » ou réappropriation du pouvoir et se traduit, sur le plan individuel, par des notions comme confiance en soi, initiative et contrôle, mais aussi compétence personnelle.

L'« empowerment » suppose l'acquisition de nouvelles compétences et renvoie donc aux capacités intellectuelles (savoir et savoir-faire) et à la possibilité de faire des choix libres et éclairés.

Le concept de l'empowerment se traduit par le pouvoir d'agir. Plusieurs auteurs mentionnent que le pouvoir d'agir ne représente pas un état mais bien un processus d'action et de réflexion qui permet au parent d'avoir une perception positive de lui-

même, de ses capacités, de ses connaissances et de son aisance à remplir son rôle et à faire des choix éclairés.

D'autres auteurs traitent l'empowerment comme deux processus complémentaires:

- a) l'habilitation qui vise à reconnaître, soutenir et mettre en valeur les capacités des parents pour contrôler leur vie
- b) l'appropriation qui fait référence aux effets de l'intervention sur les parents en regard de l'augmentation du sentiment de contrôle sur leur vie.

Quelques soient les définitions associées à l'empowerment telles appropriation, autonomisation, habilitation, émancipation ou responsabilisation, le concept lui-même s'apparente à l'appropriation de ses pouvoirs.

De toute évidence, l'empowerment converge vers une même finalité: un processus de développement et d'acquisition des compétences. Selon ce processus, les gens gagnent la maîtrise de leur vie par la reconnaissance de leurs forces intrinsèques et le soutien de leurs capacités, et ils acquièrent un sentiment de contrôle sur leur vie par l'augmentation de leurs compétences.

Ainsi par l'allaitement maternel que la maman choisit de prolonger, on retrouve cette notion d'empowerment avec le développement de compétences et d'affirmation de la femme et de la mère.

Une étude québécoise (176) en 2008 : pour vérifier l'hypothèse que les mères ayant un fort concept de soi serait plus susceptibles d'allaiter leurs bébés que celles avec un concept de soi plus faible, a évalué 2 cohortes de mères de nouveau-nés à terme, par différentes formes de l'échelle du concept de soi « Tennessee ».

Dans la première étude, les mères qui allaitaient exclusivement leur bébé à un mois avaient un concept de soi significativement plus élevé que celles qui donnaient exclusivement le biberon. Dans la deuxième étude, les mères qui allaitaient exclusivement avaient des scores plus élevés pour le concept de soi total que celle qui donnaient exclusivement le biberon. Les mères qui allaitaient exclusivement avaient aussi des scores plus élevés dans plusieurs dimensions individuelles de concept de soi, surtout ceux qui reflétaient la satisfaction de soi, le comportement, la valeur morale, la valeur en tant que membre de la famille et l'apparence physique. Les mères qui allaitaient de façon partielle avaient des niveaux intermédiaires de concept de soi dans les deux études. Même après contrôle par analyses régressives de facteurs démographiques, sociaux et d'initiation de l'allaitement, le concept de soi est resté significativement associé avec l'allaitement exclusif dans les deux études.

L'empowerment : un mode d'action efficace pour soutenir les femmes vulnérables dans leur choix d'allaiter.

Cette approche semble particulièrement pertinente pour accompagner au mieux les mères dans leur projet d'allaitement. Cela permet en effet de :

- valoriser les femmes dans leurs propres compétences à nourrir leur enfant, dans un contexte où les savoirs et savoir-faire sont parfois hétérogènes parmi les professionnels de santé.

- redonner une forme de contrôle aux femmes sur leur propre destin, alors que dans certaines situations de précarité, les personnes peuvent avoir le sentiment d'être très dépendantes des institutions sociales et sanitaires.
- contribuer par cette valorisation du rôle de mère, à la restauration d'une image de soi plus positive pour ces femmes.

Il s'agit de considérer que la mère et ceux qui l'entourent comme les meilleurs experts de l'alimentation de leur enfant, et donc de leur donner la possibilité de détenir l'information nécessaire pour établir un véritable choix.

Il s'agit également de permettre la prise de parole, l'échange autour des savoirs en présence. Les mères sont préparées à diverses situations afin d'être moins en prise avec la culpabilité ou le sentiment d'échec lorsqu'elles rencontrent un obstacle dans la pratique même de l'allaitement.

Concrètement, du côté des professionnels, cela requiert bien entendu un changement de posture important dans laquelle les conseils normatifs n'ont plus leur place.

Cette technique de communication d'empowerment est très utilisée au Canada (81)(82)(177) et commence à l'être progressivement en France (178) : une association a labélisé le concept de « pouvoir d'agir » et propose des formations aux acteurs de terrain afin de leur permettre de s'approprier cette approche.

6. Conclusion

Ce travail est né de l'observation d'un paradoxe et des diverses contradictions existant entre le discours médico-scientifique, qui fait la promotion de l'allaitement maternel mais le valorise peu passés les premiers mois, et la pratique émergente de certaines mères qui allaitent bien au-delà des recommandations, malgré les réactions défavorables des professionnels et de la société.

L'objectif était d'essayer d'approcher, par des entretiens semi-dirigés centrés sur leur pratique d'allaitement, certaines logiques de choix et déterminants sociaux, familiaux d'un l'allaitement long et d'élaborer des hypothèses sur le sens possible que ces mères donnaient à leur allaitement prolongé.

Parmi ces mères, trois profils de pratique d'allaitement maternel ont été mis en évidence. Le premier profil : un allaitement « relationnel ». L'allaitement est un moyen pour ces mères d'exprimer leur conception d'éducation par un maternage dit proximal, en interaction exclusive avec l'enfant. Forme d'affirmation de soi contre leurs modèles familiaux ou les normes sociales, et fonction de réparation d'événements traumatisants notamment de grossesses ou d'accouchements mal vécus et de modalité anti-dépressive; le deuxième : un allaitement « naturel » correspondait à un allaitement inscrit dans un mode de vie « naturel », prolongement de conceptions écologiques, et le troisième un allaitement « logique et pratique » pour les mères qui vivent cet allaitement dans une démarche logique et instinctive, dans une fonction nourricière, sans idéologie ni théorie sur la question.

Certaines mères n'avaient pas de profil clairement établi et présentaient des profils alliant des caractéristiques communes aux différents profils comme l'absence de transmission familiale de l'allaitement maternel.

Nous sommes en présence d'une pratique qui, dans une période de changement social et culturel, n'est pas reproduction mais invention, empruntant à des modèles multiples. 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 maternité telle qu'elles la conçoivent, sans reproduire leur propre histoire.

Cet allaitement long est une façon pour certaines mères de s'opposer aux injonctions et aux normes de la société. Elles adoptent une posture de résistante et sont en rupture identitaire, développant de nouvelles formes d'éducatrices.

Certaines mères se sentent même stigmatisées et marginalisées, parfois dans la culpabilité de prolonger cet allaitement au-delà de la « norme ». Alors que le ventre des femmes enceintes s'affiche avec détermination, la vue d'une femme allaitant en public est devenue inconvenante dans la société française.

Ces mères qui allaitent longtemps préfèrent ainsi dissimuler leur allaitement à leur entourage pour se protéger des pressions et critiques extérieures, faisant de cet allaitement long une pratique parfois clandestine, à l'abri du regard extérieur, et aussi du corps médical. Pourtant ces mères revendiquent fortement un allaitement long ce qui fait tout le paradoxe de cette pratique.

Le lien fusionnel pouvait amener les mères vers un impossible sevrage parfois idéalisé par la mère en un sevrage « naturel », choisi par l'enfant. Ces mères sont conscientes de ces difficultés de séparation liées à un allaitement long. Le père joue ici un rôle primordial dans ce sevrage. Certaines mères expriment la crainte d'une

tonalité incestueuse de cette relation fusionnelle véhiculée aussi par la société et souvent à l'origine de sa désapprobation. Elles décrivent plutôt un plaisir moral leur donnant envie de poursuivre le plus longtemps possible cette relation.

Cette étude s'inscrit dans une perspective de contribution à une approche empathique pour les médecins généralistes et les autres soignants accompagnant ces femmes dans leur parcours d'allaitement. Devant le constat du faible taux d'allaitement dans notre pays, il serait tentant de vouloir aller vite, pour convaincre les mères et les pères, d'être percutant, dans l'objectif d'inverser une dynamique historique et sociale. Mais la médecine ne semble pas trouver sa place dans cet allaitement long. Ces femmes se tournent davantage vers des réseaux associatifs en qui elles ont plus confiance, jugeant le corps médical trop effacé ou trop interventionniste. On pourrait être incité à rallier l'opinion de Paul Cesbron (35): *« Eh bien, s'il est une découverte récente et qui semble faire son chemin, c'est bien que les médecins doivent se mêler le moins possible de l'allaitement »*. Sans aller jusque-là, on pourrait suggérer aux professionnels de santé de transmettre les recommandations sur l'allaitement, basées sur des données scientifiques qui évoluent, avec humilité sans « idéaliser » l'allaitement maternel, et dans le respect des choix des femmes. Ces mères ont besoin de se sentir reconnues 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 histoire.

Le choix du mode d'alimentation du nouveau-né n'est pas seulement du domaine public, il implique chaque famille dans sa vie intime. Les médecins peuvent offrir un accompagnement et un soutien des parents dans leurs découvertes vers ce qui sera pour eux le « meilleur choix ». La compréhension du sens de ce choix pour les parents est un temps essentiel dans ce processus d'accompagnement qui permettra aux mères de sortir d'une pratique quasi clandestine de l'allaitement long et d'une certaine défiance vis-à-vis du corps médical..

Cela interroge la relation thérapeutique médecin-patient et met en valeur les difficultés de communication entre ces deux acteurs. Enjeu fondamental des relations qui s'établissent entre médecins et malades, l'information est un préalable à toute bonne prise en charge médicale. Il est fréquent de découvrir en médecine générale chez le patient des pratiques « cachées », certains patients faisant de la rétention d'information, arme souvent utilisée au sein de la relation médecin-patient.

La pratique de l'allaitement long n'est pas délétère mais les mères la dissimulent parfois à leur médecin traitant, par crainte de son jugement... C'est le cas pour d'autres pratiques de santé telles le recours à l'automédication, aux médecines alternatives, ou encore la pratique ou non d'un sport, la prise ou non d'une pilule contraceptive... Ces dissimulations ouvrent un champ de recherche sur la place du secret « profane » et de l'intime dans la relation de soin.

Avec l'allaitement maternel long les rôles sont souvent inversés entre le médecin et la mère, celle-ci s'informant par elle-même, adoptant une posture de résistante face aux normes et aux conseils médicaux. La mère qui allaite au-delà de 6 mois en France se vit parfois comme une figure de pionnière. Cet allaitement parfois dissimulé nous montre qu'il est important d'aborder la pratique de l'allaitement long avec un nouveau regard, moins passionnel, plus empathique et davantage dans la recherche du sens que ces mères lui donnent plutôt que dans le jugement.

7. Bibliographie

1. Blanchet A. l'enquête et ses méthodes : l'entretien. Nathan université. 2001.
2. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding [Internet]. The Cochrane Collaboration, Kramer MS, editors. John Wiley & Sons, Ltd; 2002 [cité 24 juin 2013]. Disponible sur: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/yscom/fr/
3. Rigourd V, Aubry S, Tasseau A, Gobalakichenane P, Kieffer F, Assaf Z, et al. Allaitement maternel : bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. J Pédiatrie Puériculture. 2013 avril;26(2):90-9.
4. Turck D. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Arch Pédiatrie. 2005 décembre;12, Supplément 3:S145-S165.
5. PNNS 2011-2015 [Internet]. [cité 16 avr 2014]. Disponible sur : <http://www.sfsp.fr/publications/file/RapportfinalpropositionsPNNS5-11-2010.pdf>
6. Salanave B, de Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épifane, France, 2012. J Pédiatrie Puériculture. 2012;25(6):364-72.
7. BEH 34 (18 septembre 2012) - epifane_beh_34_2012_taux allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant [Internet]. [cité 17 sept 2013]. Disponible sur http://www.coordination-allaitement.org/dynamic/pdf/etudes/epifane_beh_34_2012_taux_allaitement_maternel_a_maternita_et_au_premier_mois_de_l_enfant.pdf
8. étude EPIFANE taux allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant.2012 [Internet]. [cité 16 Oct 2013]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-34-2012>
9. epifane details [Internet]. [cité 16 avr 2014].Disponible sur: http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/_actualites_po_pnns_numero_8.pdf
10. co-naitre AM mieux se former [Internet]. [cité 16 Avr 2014]. Disponible sur: <http://www.conaitre.net/articles/seformermieuxaccompagnerAMMCMjanv2014.pdf>
11. Allaitement recommandations HAS [Internet]. [cité 24 juin 2013]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf
12. D'Ouvrages R, De Paraitre V. Bases épidémiologiques pour la surveillance de l'allaitement maternel en France. Rev Epidemiol Sante Publique. 2004;52:475-83.
13. Epidemiologie de l'allaitement | Autres textes LLL [Internet]. [cité 17 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.lllfrance.org/Autres-textes-LLL/Epidemiologie-de-l-allaitement-Allaitement-et-contraception/Imprimer.html>

14. ScienceDirect Full Text PDF [Internet]. [cité 15 Oct 2013].Disponible sur:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X05005518/pdfft?md5=06db1914d110574930d79a93b5000ef2&pid=1-s2.0-S0929693X05005518-main.pdf>
15. Breastfeeding and Its Impact on Child Psychosocial and Emotional Development: Comments on Woodward and Liberty, Greiner, Prez-Escamilla, and Lawrence - MarquisANGxp.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/MarquisANGxp.pdf>
16. Recommandations Allaitement.doc - Allaitement_recos.pdf [Internet]. [cité 19 fev 2014].Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf
17. Pistes et préconisations identifiées par l'enquête CoFAM recommandations allaitement - CoFAM [Internet]. [cité 2014 May 11]. Disponible sur:
http://coordination-allaitement.org/FR/S_informer/Etudes_et_recherches/Allaitement_Precarite_enquete_CoFAM/Pistes_et_preconisations_identifiees_par_l_enquete_CoFAM_recommandations_allaitement.html
18. Dominique Blin , Soulé michel. l'allaitement maternel : une dynamique à bien comprendre. eres. 2007.
19. Roman P, Dublineau M. Allaitement maternel prolongé militant et constitution du lien générationnel. Divan Fam. 2008 Mar 1;N° 20(1):151-69.
20. Dublineau M. L'allaitement maternel prolongé: clinique du lien [Thèse de doctorat]. [Lyon, France]: Université Lumière; 2004.
21. Dublineau M, Roman P. L'allaitement prolongé comme modalité anti-dépressive. Perspect Psy. 2006 Sep 1;Vol. 45(3):260-6.
22. Lacan J, Les complexes familiaux dans la formation de l'individu.Essai d'analyse d'une fonction en psychologie [Internet]. <http://www.revue-interrogations.org>. 2013 [cité 9 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.revue-interrogations.org/Jacques-Lacan-Les-complexes>
23. Goldbeter-Merinfeld É. Attachement et Intersubjectivité : premiers liens de l'enfant. Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 2005 Sep 1;n° 35(2):5-5.
24. Goldbeter-Merinfeld É. Mère et fille : la répétition et la surprise. Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 2003 Apr 1;n° 30(1):58-73.
25. Goldbeter-Merinfeld É. Théorie de l'attachement et approche systémique. Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 2005 Sep 1;n° 35(2):13-28.
26. Jodelet D. Le sein laitier : plaisir contre pudeur ? comm. 1987;46(1):229-44.
27. L'allaitement maternel un enjeu de société [Internet]. [cité 16 octobre 2013]. Disponible sur: <http://coordination-allaitement.org>

allaitement.org/dynamic/pdf/jna/actes_jna_2012_final.pdf#page=9

28. Capponi I, Roland F. Allaitement maternel : liberté individuelle sous influences. *Devenir*. 2013 Jun 1;Vol. 25(2):117–36.
29. Ekström A, Widström A-M, Nissen E. Breastfeeding support from partners and grandmothers: perceptions of Swedish women. *Birth* Berkeley Calif. 2003 Dec;30(4):261–6.
30. Siret V, Castel C, Boileau P, Castetbon K, Foix l'Hélias L. Facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à 6 mois à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère, Clamart. *Arch Pédiatrie*. 2008 juillet;15(7):1167–73.
31. Lighezzolo-Alnot J, Boubou F, Souillot C, de Tyche C. Allaitement prolongé et ratés du sevrage : réflexions psychodynamiques. *Clin Méditerranéennes*. 2005 Sep 1;n° 72(2):265–80.
32. Bayard C. Les représentations sociales de l'allaitement maternel chez des femmes enceintes québécoises qui désirent allaiter [Internet]. 2008 [cité 2013 Oct 14]. Disponible sur: <http://www.archipel.uqam.ca/1480/>
33. Allaitement et relations précoces mere-enfant: état actuel des connaissances [Internet]. [cité 20 fev 2014]. Disponible sur: http://medecine-et-enfance.net/showpdf.html?file=/data/pdf/J_2006_11_511.pdf
34. Bowlby J. attachement et perte. *Attach Perte Trad Française* J Kalmanovitch. Paris; 1978.
35. L'allaitement et la société yvonne Kniebiehler [Internet]. [cité 25 Mar 2014]. Disponible sur: <http://www.erudit.org/revue/rf/2003/v16/n2/007766ar.pdf>
36. Le maternage "proximal" fait des adeptes et provoque la controverse [Internet]. *Le Monde.fr*. [cité 12 Jan 2014]. Disponible sur: http://www.lemonde.fr/vous/article/2010/01/16/le-maternage-proximal-fait-des-adeptes-et-provoque-la-controverse_1292686_3238.html
37. Roques N. Les « psys » et l'allaitement maternel. *Spirale*. 2003 Sep 1;n° 27(3):99–106.
38. Sorrentino AM. Théorie de l'attachement et psychothérapie familiale. Comment nous en sommes arrivés à la théorie de l'attachement. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux*. 2005 Sep 1;n° 35(2):131–45.
39. La femme réduite au chimpanzé [Internet]. <http://www.liberation.fr>. [cité 25 Mar 2014]. Disponible sur: http://www.liberation.fr/vous/2010/02/10/la-femme-reduite-au-chimpanze_609029
40. Grandjean nathalie. allaiter sur le web : entre biopouvoirs et rituels numériques. [cité 13 Mar 2014]. Disponible sur: http://www.cairn.info/resultats_recherche.php?searchTerm=maternage%20proximal

41. Problèmes de sommeil, rituels du coucher et co-sleeping: un regard anthropologique - *Rituels_coucher.pdf* [Internet]. [cité 20 Avr 2014]. Disponible sur: http://www.chu-sainte-justine.org/documents/Pro/Rituels_coucher.pdf
42. Pinelli A. Portage et sommeil. *Spirale*. 2008 Aug 18;n° 46(2):29–33.
43. Aux jardins du maternage: La Diversification Menée par l'Enfant ou DME [Internet]. [cité 4 Mai 2014]. Disponible sur: <http://auxjardinsdumaternage.blogspot.fr/2010/08/la-diversification-menee-par-lenfant-ou.html>
44. 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
45. Bourdarias C. Bien porté/bien portant. *Spirale*. 2008 Aug 18;n° 46(2):81–9.
46. Mathet-Jolly F, Van den Peereboom I. Se former au portage et à sa transmission pour mieux prendre en compte les besoins des enfants et de leur entourage. *Spirale*. 2008 Aug 18;n° 46(2):111–20.
47. Prieur R. Préambule : plaidoyer pour une proximité non exclusive. *Spirale*. 2008 Aug 18;n° 46(2):15–8.
48. Neyrand G. Porter bébé, une disposition sexuée ? *Spirale*. 2008 Aug 18;n° 46(2):35–40.
49. Bril B. Culture et portage de l'enfant. *Spirale*. 2008 Aug 18;n° 46(2):121–32.
50. Clerget J. Portance Phorie. *Spirale*. 2008 Aug 18;n° 46(2):91–91.
51. Bruyn marie-laure. Expériences de femmes autour de l'allaitement maternel prolongé. caen; 2013.
52. Bruderer-Weng C. Portage et maternage chez les Amérindiens wayanas de Guyane. *Spirale*. 2008 Aug 18;n° 46(2):41–9.
53. Pignol J, Lochelongue V, Fléchelles O. Peau à peau : un contact crucial pour le nouveau-né. *Spirale*. 2008 Aug 18;n° 46(2):59–69.
54. Naturel L de MaMa. Mettre Au Monde Au Naturel : L'allaitement long [Internet]. [cité 27 Avr 2014]. Disponible sur: <http://mettreaumondeaunaturel.blogspot.fr/2012/10/lallaitement-long.html?m=1>
55. Parentalité et accueil des jeunes enfants. *Spirale*. 2008 Aug 18;n° 46(2):146–8.
56. Basuyau-Rouquette B. Le « portage » thérapeutique de la dyade mère-bébé en psychomotricité. *Spirale*. 2008 Aug 18;n° 46(2):71–9.
57. Féminisme et maternage : ca va très bien ensemble [Internet]. [cité 17 Mar 2014]. Disponible sur: <http://www.grandiraurement.com/fr/client/document/ga37-44->

58. Sandre-Pereira G. La Leche League : des femmes pour l'allaitement maternel (1956-2004). *Clio Femmes Genre Hist.* 2005 Apr 1;(21):174-87.
59. Conditions pour proposer sortie précoce à domicile [Internet]. [cité 2014 Apr 16]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie_accouchement_rap.pdf
60. Blin D. Au secours du sein. La sucette et l'allaitement au sein. *Spirale.* 2002 Apr 1;n° 22(2):65-75.
61. Allaités ... des années ! [Internet]. Les Vendredis Intellos. [cité 1 Mai 2014]. Disponible sur: <http://lesvendredisintellos.com/2013/03/15/allaites-des-annees/>
62. Prat R. L'érotique maternelle. Psychanalyse de l'allaitement de Hélène Parat. *Rev Française Psychanal.* 2002 Mar 1;Vol. 66(1):277-82.
63. Borgnat-jambon Aurélie. allaitement maternel en médecine générale : représentations, attitudes pratiques des médecins généralistes et perception du vécu de leurs patientes [Internet]. lyon; 2012 [cité 12 Mai 2014]. Disponible sur: <http://theseimg.fr/1/node/86>
64. Dugnat Michel. Féminin, masculin, bébé. [Internet]. [cité 27 Avr 2014]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/feminin-masculin-bebe--9782749213682.htm>
65. Moro MarieRose. Familles et cultures: porter, penser et rêver les bébés. 2012 [cité 9 Mai 2014].Disponible sur: <http://www.cairn.info/publications-de-Moro-Marie%20Rose--1612.htm>
66. Lafont V, Morisseau L. Allaitement et troubles psychiatriques maternels. *À L'Aube Vie.* 2007 Jan 1;225-40.
67. Parat H. Tétons juteux, tétons charnus. *Lett Enfance Adolesc.* 2003 Apr 1;n° 52(2):19-26.
68. Blin D. Sevrage physique, sevrage psychique. *À L'Aube Vie.* 2007 Jan 1;281-3.
69. Parat H. Sein de femme, sein de mère : d'une difficile rencontre. *À L'Aube Vie.* 2007 Jan 1;67-83.
70. Pères et allaitement long [Internet]. [cité 2013 Sep 9]. Disponible sur: http://www.consultants-lactation.fr/membres/memoires/memoire_laurence_boutal.pdf
71. Accompagnement de l'allaitement maternel par le père: enjeux et actualité [Internet]. [cité 2014 Feb 20]. Disponible sur: http://medecine-et-enfance.net/showpdf.html?file=/data/pdf/J_2006_12_579.pdf
72. Roques N. Allaitement maternel et sommeil partagé. *Dossiers Spirale.* 2008 Jan 1;145-59.

73. partage du lit et cododo: revue de la littérature [Internet]. [cité 20 Avr 2014]; Disponible sur: <http://coream-ch.e-monsite.com/medias/files/bed-h-ball-3-2011.pdf>
74. Desrochers SL, Renaud L. Les normes de l'allaitement maternel et de l'accouchement naturel: un examen de leur instauration. Médias Santé L'Émergence À Apprôpr Normes Sociales. 2010;53.
75. Faircloth C. Militant Lactivism?: Attachment Parenting and Intensive Motherhood in the UK and France. Berghahn Books; 2013. 279 p.
76. Durand G. Allaitement maternel en Ile-et-Vilaine: Comment encourager sa mise en œuvre et le soutenir dans sa durée? [cité 19 Fev 2014]; Disponible sur: http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/ENSP/Mip/2004/G_07.pdf
77. Laillet M, Allaitement maternel prolongé dans la trajectoire de vie des mères: enquête par récits de vie. Thèse de médecine, Nantes, 2013.
78. Gojard S. L'allaitement : une pratique socialement différenciée. Rech Prévisions. 1998;53(1):23–34.
79. Lambert N, Lotstra F. L'attachement. De Konrad Lorenz à Larry Young : de l'éthologie à la neurobiologie. Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 2005 Sep 1;n° 35(2):83–97.
80. Haptonomie : définitions et théorie [Internet]. Naître Ensemble. [cité 4 mAI 2014]. Disponible sur: <http://www.haptonome.com/haptonomie--deacutedefinitions-et-theacuteorie.html>
81. Josée Lafrance SF, Mailhot L. L'empowerment : un concept adapté à la pratique sage-femme. Can J Midwifery Res Pr-Rev Can Rech Prat Sage-Femme [Internet]. 2005 [cité 2014 May 9];4(2). Disponible sur: <http://prophet.library.ubc.ca/ojs/index.php/cjmrp/article/viewArticle/136>
82. Empowerment: appropriation ou réappropriation de son pouvoir [Internet]. [cité 11 Mai 2014]. Disponible sur: <http://www.programmerelaisallaitement.fr/fond-documentaire/resume.php?id=29>
83. Hays M-A, Guibert M. Le rythme du sevrage. Spirale. 2008 Feb 4;n° 44(4):95–103.
84. Fadda G. Allaitement maternel et travail: enquête sur le vécu et les représentations de 29 mères actives [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Centre hospitalier universitaire Pitié-Salpêtrière; 2004.
85. Rollet C. Allaitement, mise en nourrice et mortalité infantile en France à la fin du XIXe siècle. Population. 1978;33(6):1189–203.
86. Walburg V, Conquet M, Callahan S, Chabrol H, Schölmerich A. Taux et durée d'allaitement de 126 femmes primipares. J Pédiatrie Puériculture. 2007 juillet;20(3–4):114–7.
87. Didierjean-Jouveau C-S. Métro, boulot, lolo : allaiter et travailler, c'est possible !

- Spirale. 2003 Sep 1;n° 27(3):79-90.
88. Wang B, McVeagh P, Petocz P, Brand-Miller J. Brain ganglioside and glycoprotein sialic acid in breastfed compared with formula-fed infants. *Am J Clin Nutr*. 2003 Nov 1;78(5):1024-9.
 89. Brusset B. Allaiter un bébé. *À L'Aube Vie*. 2007 Jan 1;95-95.
 90. Blin D. Le lait objet de la rencontre. *Rev Française Psychosom*. 2007 Jun 1;n° 31(1):119-32.
 91. Delaisi de Parseval G. Le don du lait. *À L'Aube Vie*. 2007 Jan 1;51-65.
 92. Rube Millon D. allaitement : représentations de médecins généralistes du cher et du loiret. lyon; 2013.
 93. Leclerc-Sarret C, Merziger B. L'accompagnement du choix de l'allaitement maternel par le médecin généraliste. 2011.
 94. Mariau-Dinot L, Branger B. Rôle des médecins généralistes dans la durée de l'allaitement maternel: enquête prospective sur 6 mois dans 15 maternités des Pays de la Loire. [France]; 2009.
 95. Garnier-Crussard O. Quel est le parcours des femmes allaitantes ? : le médecin généraliste peut-il améliorer la promotion de l'allaitement maternel ? [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2012.
 96. Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *J Pédiatrie Puériculture*. 2009 mai;22(3):112-20.
 97. L'expérience de devenir mère [Internet]. [cité 25 Mar 2014]. Disponible sur: http://www.oa.uottawa.ca/journals/aporia/articles/2011_04/moreau.pdf
 98. Arnault Pujol H. Le vécu du père pendant l'allaitement [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2006.
 99. Ipa Information pour l'Allaitement - Etudes sociologiques en France [Internet]. [cité 17 Sep 2013]. Disponible sur: <http://www.info-allaitement.org/etude-en-france.html>
 100. Otmani C. Influence de l'entourage des mères sur l'initiation de l'allaitement maternel [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2014.
 101. Didierjean-Jouveau C-S. L'allaitement est-il compatible avec le féminisme ? *Spirale*. 2003 Sep 1;n° 27(3):139-47.
 102. Plaidoyer pour le bébé contre les « sein-tégristes ». *Spirale*. 2008 Aug 18;n° 46(2):135-40.
 103. Cascales T. Le sevrage : un temps organisateur de l'oralité. *Cliniques*. 2013 Oct 1;N°

6(2):125-42.

104. Winnicott D. L'enfant et sa famille: les premières relations. Paris; 1957.
105. 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.
106. Golse B. Oralité et nourrissage: d'une bouche à l'autre. *Allaitement Maternel Une dynamique à bien comprendre.* Eres. Paris; 2007. p. 31- 46.
107. Deutsch H. La psychologie des femmes. Paris; 1973.
108. Gojard S. L'allaitement, une norme sociale. *Spirale.* 2003;3(27):133- 7.
109. Miljkovitch R. L'attachement au cours de la vie. Modèles internes opérants et narratifs. Paris; 2001.
110. 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.
111. Blin D, Thoueille E, Soulé M. L'allaitement maternel: une dynamique à bien comprendre. *A l'aube de la vie.* Paris; 2007.
112. 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.
113. Dolto F. La nourriture des tout-petits et le sevrage. *Étapes Majeures Enfance.* Gallimard. Paris; 1994. p. 108- 15.
114. 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.
115. Tisseron S. La mémoire familiale et sa transmission à l'épreuve des traumatismes. *Esprit Temps Champ Psy.* 2002;1(25):13- 24.
116. Hanus M. La mort retrouvée. Paris; 2000.
117. 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.
118. Soulé M. Le bébé allaité au sein. *Traité Psychopathol Bébé.* Paris; 1989. p. 605- 9.
119. Oddy W, Sly P. Breastfeeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study. *Arch Dis Child.* 2003;(88):224- 8.
120. Who collaborative study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality. *Lancet.* 2000;451- 5.

121. Liesbeth D, Jaddoe V. Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics*. 2010;126(1).
122. 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.
123. Singhal A, Cole T, Fewtrell M. Breastmilk feeding and lipoprotein profile in adolescents bom preterm: follow-up of a prospective randomiser study. *Lancet*. 2004;1571- 8.
124. Kull I, Wickman M, Lija G. Breastfeeding and allergic diseases in infants - a prospective birth cohort study. *Arch Dis Child*. 2002;(87):478- 81.
125. Gdalevich M, Mimouni D. Breastfeeding and the onset of atopic dermatitis in chilhood: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Am Acad Dermatol*. 2001;(45):520- 7.
126. Gdalevich M. Breastfeeding and the risk of bronchial asthma in childhood: a systematix review with meta-analysis of prospective studies. *J Pedriatr*. 2001;(139):261- 6.
127. 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.
128. Phipatanakul W. The association of prolonged breastfeeding and allergie disease in poor urban children. *Pediatrics*. 2006;118:54.
129. Anderson J, Johnstone B, Remley D. Breastfeeding end cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 1999;(70):525- 35.
130. Mortensen E, Michaelsen K, Sanders S. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA*. 2002;(287):2365- 71.
131. Rey J. Breasfeeding and cognitive development. *Acta Paediatr Suppl*. 2003;(442):11- 8.
132. Siksou J. Allaitement. *Dict Int Psychanal*. Calmann-Levy. Paris; 2002. p. 41- 3.
133. Oddy W, Jianghong L. Breastfeeding duration and academic achievement at 10 years. *Pediatrics*. 2011;127:135- 7.
134. Davis M. Breastfeeding and chronic disease in childhood and adolescence. *Pediatr Clin North Am*. 2001;(48):125- 41.
135. Thirion M. L'allaitement. Paris; 1999.
136. Kathleen A, Kendall-Tackett T, Sugarman M. The social consequences of long-term breastfeeding. *J Hum Lact*. sept 1995;179- 83.

137. 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>
138. 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.
139. Initiative Hôpital Ami des Bébé. Documents de référence [Internet]. [cité 1 dec 2013]. Disponible sur: <http://amis-des-bebes.fr/documents-reference.php>
140. Knibiehler Y. L'allaitement et la société. *Rech Féministes*. 2003;16(2):11.
141. Knibiehler Y. Les médecins des Lumières et la « nature féminine ». *Mémoires/Histoire*. 2003 Mar 1;(1):127-41.
142. Loux F. La dent de lait. *À L'Aube Vie*. 2007 Jan 1;273-80.
143. Rollet C. Allaitement, mise en nourrice et mortalité infantile en France à la fin du XIXe siècle. *Population*. 1978;33(6):1189-203.
144. Branger B, Dinot-Mariau L, Lemoine N, Godon N, Merot E, Brehu S, et al. Durée d'allaitement maternel et facteurs de risques d'arrêt d'allaitement : évaluation dans 15 maternités du Réseau de santé en périnatalité des Pays de la Loire. *Arch Pédiatrie*. 2012 Nov;19(11):1164-76.
145. Branger B, Cebron M, Picherot G, de Cornulier M. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Arch Pédiatrie*. 1998 mai;5(5):489-96.
146. Crost M, Kaminski M, L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. Enquête nationale périnatale, 1998, *Archives de Pédiatrie*, 5 :1316-26.
147. Tillard Bernadette. Ce qu'il en coûte de nourrir. L'Harmattan; 2002.
148. Didierjean-Jouveau C-S. Allaitement et santé publique. *Spirale*. 2007 Apr 19;n° 41(1):125-32.
149. Goldbeter Merinfeld E. Générations et Transmission. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux*. 2007;1(38):5- 12.
150. Abdelilah M. Processus d'acculturation et pratiques de maternage chez des mères d'origine algérienne, en maternité. *Médecine Thérapeutique Pédiatrie*. 2003 Sep 1;6(4):231-9.
151. Dulong D. Sandrine Garcia, Mères sous influence. De la cause des femmes à la cause des enfants, La Découverte, Paris, 2011, 383 pages. *Trav Genre Sociétés*. 2013 Apr 1;n° 29(1):185-7.
152. Bardon H, un cas d'aliénation autonome:les discours sur l'allaitement maternel sur les forums de discussion sur internet. [Paris, France]: lille; 2013.

153. L'allaitement long se cache t-il? (Des professionnels de santé) Enquête auprès des mères. - [memoire_corinne_colombet.pdf](http://www.consultants-lactation.fr/membres/memoires/memoire_corinne_colombet.pdf) [Internet]. [cité 16 oct 2013]. Disponible sur: http://www.consultants-lactation.fr/membres/memoires/memoire_corinne_colombet.pdf
154. Dettwyler KA, Stuart-Macadam P. Breastfeeding: Biocultural Perspectives. New York: Aldine Transaction; 1995. 430 p.
155. Berry NJ, Gribble KD. Breast is no longer best: promoting normal infant feeding. *Matern Child Nutr.* 2008 Jan;4(1):74–9.
156. Chazel F. normes et valeurs sociales. *Encyclopédie Universalis.* 2002.
157. Opp K, Boudon R. How do norms emerge : An outline theory. 2001.
158. Bouregba A. Les troubles de la parentalité. *1001 Bébés.* 2005 Jan 1;65–90.
159. La mère, le bambin et l'allaitement | Ligue La Leche [Internet]. [cité 24 Mai 2014]. Disponible sur: <http://www.allaitement.ca/la-mere-le-bambin-et-l%E2%80%99allaitement/>
160. DA 73 : Le co-allaitement | Dossiers de l'allaitement [Internet]. [cité 2014 May 11]. Disponible sur : <http://www.llfFrance.org/Dossiers-de-l-allaitement/DA-73-Le-co-allaitement.html>
161. Marquis GS, Penny ME, Diaz JM, Marin RM. Postpartum Consequences of an Overlap of Breastfeeding and Pregnancy: Reduced Breast Milk Intake and Growth During Early Infancy. *Pediatrics.* 2002 Apr;109(4):e56.
162. Moscone SR, Moore MJ. Breastfeeding during pregnancy. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc.* 1993 Jun;9(2):83–8.
163. Newton, N. and Theotokatos, M. Breastfeeding during pregnancy in 503 women: does a psychobiological weaning mechanism exist in humans? *Emotion and Reproduction* 979; 20 B:845-49
164. Soulé Michel. l'aire potentielle du jeu oral entre la mère et le nourrisson. 2006.
165. Galipeau R., Pilon C. L'allaitement maternel chez la clientèle du CHU Ste-Justine, volet prénatal. Montréal : Centre hospitalier universitaire Ste-Justine. 2007
166. Sinnot A. Allaités ... des années ! Ed. Du hêtre. 2010.
167. Mandonnet H, Lelong S, L'allaitement maternel en Basse-Normandie : Etude des déterminants auprès d'une population féminine et d'une population masculine. Etude de la promotion par les associations et les maternités. Propositions d'actions. Thèse d'exercice : médecine. Caen .2005
168. Littman H, Vanderbrug S, The decision to breastfeed : the importance of father's approval. *Clin Pediatr [en ligne]* 1994;33:214-219
<http://cpj.sagepub.com/content/33/4/214.full.pdf+html>

169. Martins E, Giugliani E. Which women breastfeed for 2 years or more? J Pediatr. 2012;88(1):67-73
170. Rempel L, The breastfeeding team : the role of involved fathers in the breastfeeding family J Hum Lact. 2011;27(2):115-21
171. Turck D. La situation de l'allaitement maternel en France : les raisons d'espérer et le chemin qu'il reste à parcourir. Les Dossiers de l'Obstétrique, 2001 ; 300 : 33-45.
172. Turck D. Plan d'action : allaitement maternel. Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel. Rapport du Professeur Dominique Turck, juin 2010.
173. Gabilly F, Prise en charge des mères allaitantes, enquête sur les besoins de formation du médecin généraliste, conduite pratique à partir d'une revue de la littérature thèse de docteur en médecine, Thèse d'exercice, Lyon, 2001.
174. Stern D, La constellation maternelle, Calman-Lévy, 1997.
175. Riviere F, Connaissances et pratiques des jeunes médecins généralistes dans l'accompagnement à l'allaitement maternel ,Thèse de Médecine, Nantes, 2002.
176. Concept de soi maternel et allaitement , Maternal Self-Concept and Breastfeeding John R. Britton and Helen L. Britton Hum Lact. 24(4):431-438 2008
177. Vallerie B, Le Bossé Y. Le développement du pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement. Sci L'éducation - Pour L'ère Nouv. 2006 Sep 1;Vol. 39(3):87-87.
178. Le Bossé Y. De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. Nouv Prat Sociales. 2003;16(2):30.
179. 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
180. Charpentreau C. La Loire mène son enquête. Allait'info – Actualités de l'allaitement en Rhône – Alpes, 2004, 2.
181. Lebovici S *et al.*, « Le sein et les seins », Psychiatrie de l'enfant, XXXIII, n° 1, 1990, p. 5-36,
182. Herzog-Evans M. Allaitement. 1001 Bébés. 2009 Mar 1;30-3.
183. Unicef. protéger l'allaitement maternel en Afrique de l'ouest et du centre : code international sur la commercialisation des substituts du lait maternel [Internet]. Disponible sur : http://www.unicef.org/wcaro/WCAR_Proteger_allaitement_maternel_Code_commercialisation_Fr.pdf

184. Cachez ce sein que je ne saurais voir . Spirale. 2003 Sep 1;n° 27(3):151–3.
185. Delamaire Corinne. l'allaitement maternel: vécu et opinions des mères en 2009. 2010 Oct;50.
186. Lavender T, Baker L, Smyth R, Collins S, Spofforth A, Dey P. Breastfeeding expectations versus reality: a cluster randomised controlled trial. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2005 Aug;112(8):1047–53.
187. Badinter E. Le Conflit : la femme et la mère. Paris: Flammarion Lettres; 2010. 256 p.
188. Govindama Y, Louis J. Endormissement et fonction de l'objet transitionnel chez le jeune enfant entre 12 et 24 mois : une étude transculturelle. Devenir. 2005 Dec 1;Vol. 17(4):323–45.
189. Basuyau-Rouquette B. Le « portage » thérapeutique de la dyade mère-bébé en psychomotricité. Spirale. 2008 Aug 18;n° 46(2):71–9.
190. Portage d'enfants [Internet]. Wikipédia. 2014 [cité 1 Mar 2014].Disponible sur : http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Portage_d%27enfants&oldid=102445806
191. Mathet-Jolly F, Peereboom IV den. Se former au portage et à sa transmission... pour mieux prendre en compte les besoins des enfants et de leur entourage. Dossiers Spirale. 2012 May 1;115–26.
192. Rosenblum O, Conquy L, Latoch J, Hemeury-Cuckier F, Mazet P. La dépression maternelle du post-partum, figure paradigmatique d'un dysfonctionnement interactif affectif. Perspect Psy. 2004 Sep 1;Vol. 43(3):204–9.
193. Arora S, Mcjunkin C, Major factors influencing breastfeeding rates : Mother's perception of father's attitude and milk supply. Pediatrics. 2000;106(5)

8. Annexes

8.1 Définitions

A la faiblesse d'informations statistiques sur l'allaitement comme c'est le cas en France, s'ajoute la difficulté d'utiliser des définitions communes précises.

S'appuyant sur les travaux de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'Interagency Group for Action on Breastfeeding, l'ANAES, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, propose les définitions suivantes: (12)(44)

- **le terme allaitement maternel** est réservé à l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère ; **la réception passive** (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé est considérée comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein.

-**l'allaitement est exclusif** lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre ingesta, solide ou liquide, y compris l'eau.

-**l'allaitement est partiel** lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non, ou tout autre nourriture. En cas d'allaitement partiel celui-ci est majoritaire si la quantité de lait maternel consommé assure plus de 80% des besoins de l'enfant ; moyen si elle assure 20 à 80% de ses besoins et faible si elle en assure moins de 20%.

- **l'allaitement à la demande**: tétées sans restriction, induites par le nourrisson ou « en réponse aux signes manifestés par lui ».

En raison du manque de consensus dans la littérature, l'adjonction de vitamines ou de sels minéraux n'a pas été prise en compte dans les définitions.

Le sevrage correspond à l'arrêt complet de l'allaitement maternel. Il est défini par l'OMS comme l'arrêt total de l'allaitement. La période de sevrage est débutée dès que la mère remplace une tétée par du lait infantile ou un autre aliment. Le sevrage ne doit pas être confondu avec le début de la diversification alimentaire.

Le terme d'allaitement mixte, très utilisé en France, ne correspond donc à aucune définition référente et devrait être abandonné.

Préparations pour nourrissons : Denrées alimentaires destinées à l'alimentation particulière des nourrissons pendant les premiers mois de leur vie et répondant à elles seules aux besoins nutritionnels de ces nourrissons jusqu'à l'introduction d'une alimentation complémentaire appropriée (selon la directive 2006/141/CE de la commission du 22 décembre 2006 concernant les préparations pour nourrissons et les préparations de suite). (4)

Préparations de suite : denrées alimentaires destinées à l'alimentation particulière des nourrissons lorsqu'une alimentation complémentaire appropriée est introduite et constituant le principal élément liquide d'une alimentation progressivement diversifiée de ces nourrissons (selon la Directive 2006/141/CE de

la commission du 22 décembre 2006 concernant les préparations pour nourrissons et les préparations de suite) (4)

Diversification alimentaire : introduction d'aliments autres que le lait.

Maternage : Ensemble des soins qu'une mère prodigue à son enfant.

Autres définitions issues de l'ouvrage de D.BLIN (111):

Stade oral : Dans sa théorie du développement psychosexuel, Freud met en évidence les différents stades prégénitaux et génitaux. Lors du premier stade, ou stade oral, la zone orale (buccale), zone érogène, source de la pulsion, prédomine dans la vie de l'enfant. Cette période d'organisation libidinale évolue principalement lors de la première année de la vie de l'enfant. Bien que les phases de développement ne soient pas aussi strictement délimitées, le stade oral s'étend, en fait, bien au-delà de la première année. Période d'indifférenciation sexuelle, le bébé n'a pas acquis la faculté de différencier le moi du non-moi, le moi de l'objet (état anobjectal).

La zone orale est constituée du carrefour aérodigestif, des organes de la phonation donc du langage, des organes des sens : le goût, l'odorat, la vision, le toucher donc la peau, réceptacle des caresses. L'action de téter, première expression de la pulsion sexuelle, procure une double satisfaction : apaiser la faim et sucer le sein. L'enfant découvre le plaisir de l'excitation de la bouche et des lèvres ; petit à petit, il se met à téter hors des temps de repas, il tète ses lèvres ou son pouce, par exemple. C'est le début de la constitution des premiers autoérotismes. Pour le bébé, ces instants de bien-être se lient à la fonction alimentaire.

Chez Karl Abraham le stade oral se subdivise en deux sous-stades : – 0 à 6 mois : le stade oral primitif, succion et aspiration prédominant. Temps de non-différenciation entre le corps du bébé et le monde extérieur, temps de non-ambivalence ; l'amour et la haine n'ont pas encore émergés dans le psychisme ; – 6 à 12 mois : le stade sadique oral, apparition des premières dents et, avec elles, les morsures et les mordillements ; c'est l'émergence des pulsions cannibaliques (ainsi nommées par Freud), des pulsions agressives à l'intérieur du bébé. L'objet (sein) peut être alors attaqué, mutilé, détruit : l'incorporation devient sadique.

Au cours du stade oral, le nourrisson constitue sa relation d'objet. Le premier objet d'amour est la mère ou son substitut – à cette période de sa vie le bébé est aux prises avec des « morceaux d'objets » ou objets partiels. La connaissance de l'objet total se fait peu à peu – dans et par l'attente de la mère, l'enfant apprend à faire la différence entre lui et sa mère comme individus séparés.

La fin du stade oral est marquée par le sevrage, temps de frustration extrême, de séparation. Le sevrage peut être ressenti comme un traumatisme ou compris comme une punition, des représailles aux attaques de haine de l'enfant. Le sevrage laisse dans le psychisme humain la trace de la relation primordiale qui se clôt.

Dans ses *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Freud décrit un stade oral qui commence tout de suite après la naissance. Les études actuelles sur la vie du fœtus, et notamment son observation à l'échographie, montre que, in utero, le bébé boit,

avale et rejette par la bouche et le nez (cavité primitive de R. Spitz), qu'il se procure des sensations labiales en suçant doigt, pied, cordon ombilical. Les études à venir remarqueront sans doute des relations pré-objectales, des sensations autoérotiques ultra précoces que Freud avait, du reste, pressenties.

M. Soulé

Pare-excitation

L'appareil pare-excitation opère une fonction pare-excitation qui tend à protéger l'organisme de stimuli, forces ou menaces (quantités d'énergies) qui proviennent du monde extérieur. Cette barrière protectrice permet d'éviter l'irruption d'excitations qui risquerait de faire effraction à l'intérieur du psychisme, ce qui pourrait entraîner sa destruction. La mère, de par son rôle, exerce pour son bébé une fonction pare-excitation contre les stimuli extérieurs.

Dans la situation de l'allaitement maternel, la rencontre peau à peau mère-bébé peut susciter un trop d'excitations. Le biberon ou le bout de sein artificiel, placé entre le corps de la mère et celui du bébé, marque une distance, jouant alors un rôle de barrière protectrice qui tendrait à éviter l'effraction dans le psychisme. Le pare-excitation permet la transformation du trop en moindre.

D. Blin

Lien d'attachement

C'est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour maintenir la proxémie entre le jeune et son être d'attachement maternel. Ces moyens comprennent des éléments physiologiques élémentaires comme la fourniture du lait, la production de chaleur par le corps maternel (relayée chez le jeune par un thermotactisme positif). À ces éléments « involontaires » s'associent des systèmes de communication chimique par le biais des phéromones d'adoption portées par le nouveau-né et des phéromones apaisantes maternelles produites par les glandes sébacées spécialisées de différentes zones cutanées péri-mammaires. Il existe aussi des systèmes plus complexes comme les vocalises, les postures d'appel, l'association agression/apaisement par la mère ou un autre adulte lors d'un éloignement excessif du nid.

P. Pageat

Étayage culturel

La notion d'étaillage culturel désigne la culture, matrice de sens, comme participant à la construction du fonctionnement intrapsychique de l'individu.

Pour Marie-Rose Moro (1998) : « Un système culturel est constitué d'une langue, d'un système de parenté, d'un corpus de techniques et de manières de faire (la parure, la cuisine, les arts, les techniques de soins, les techniques de maternage...).

« Ce codage est un processus permettant de donner un sens à l'ensemble de l'expérience vécue par un individu, d'anticiper le sens de ce qui peut survenir et donc de maîtriser la violence de l'imprévu, et par conséquent du non-sens. La culture met

à la disposition du sujet, en toutes circonstances, une grille de lecture du monde, mouvante et souple, mais toujours présente, quoique parfois en danger d'effacement ou de non- contenance dans des situations de rupture comme dans certaines migrations particulièrement traumatiques. La transmission n'est jamais individuelle uniquement, elle passe par le groupe et revient à l'individu. » *M. Vermillard*

Angoisse de castration

Réaction affective décrite par Freud dans le cadre de sa théorie sexuelle infantile, elle découle du constat de l'absence de pénis chez la femme. Cette constatation entraîne chez le petit garçon une peur de perdre son pénis, chez la petite fille un désir de l'acquérir. Angoisse consciente ou préconsciente, angoisse d'incomplétude ou de manque contre laquelle le fantasme d'avoir un enfant représente une défense courante.

Confrontés à ce malaise insupportable, le garçon et la fille vont se défendre, et leurs attitudes dans cette lutte diffèrent.

Le garçon va surinvestir son pénis, il est le symbole de la valorisation narcissique. Dans un premier temps, il va, pour se défendre, nier la réalité de l'absence de pénis chez la fille, ce qui ne l'empêche pas de douter et de penser à une mutilation – punition infligée par les parents. Le petit garçon refuse aussi d'étendre à toutes les femmes ce manque de pénis. La fille, après une période de déni et d'espoir, découvre le manque réel de pénis. De cette immense blessure narcissique découle un sentiment d'infériorité sur le plan corporel et génital. L'envie du pénis ou la revendication phallique prend place, la petite fille vit dans l'attente de son pénis qui va pousser : véritable déni de la différence des sexes. Puis, et dans l'obligation d'accepter ce manque, la petite fille va désigner la coupable : sa mère qui est atteinte elle aussi du même manque. L'enfant se rapproche de son père et réalise ainsi l'évolution psychosexuelle de la femme. Contrairement au garçon, la fille opère un changement d'objet : elle quitte la mère et se tourne vers le père pour entrer dans l'œdipe. En fait, la découverte de l'absence du pénis survient avant la période du complexe d'Œdipe. C'est l'angoisse de castration qui, justement, lui permet d'entrer dans cette phase. De cet état de fait va naître un autre mode de défense : *le désir d'avoir un enfant*. L'enfant va venir remplacer le désir d'avoir un pénis ; il symbolisera alors le pénis.

À l'âge adulte, la femme qui donne naissance à son bébé connaît une réactualisation de l'angoisse de castration plus ou moins marquée. La naissance signe la séparation de l'enfant et de la mère. Un sentiment de perte, de manque peut surgir chez la jeune mère, qui entraîne un deuil de la grossesse ou, plus grave, une dépression.

A.Blin

8.2 Annonce de recrutement des mères

Dans le cadre de ma thèse en médecine générale sur la pratique de l'allaitement maternel long :

Je recherche des femmes

- qui allaitent depuis plus de 6 mois : allaitement toujours en cours ou stoppé depuis moins de 2 ans
- qui pratiquent un allaitement maternel exclusif ou non
- quelque soit leur âge
- de culture française
- lieu à leur convenance
- entretien anonyme

Si vous êtes d'accord votre médecin me laissera vos coordonnées pour que je puisse prendre contact avec vous par téléphone.

8.3 Guide d'entretien

Ie PARTIE

1/ Est ce que vous pouvez me parler de votre allaitement depuis le début ?

Avant d'allaiter :

Dans votre enfance , en famille comme ca se passait ?

Quelle était votre place dans la fratrie ?

Est ce que vous parliez d'allaitement dans votre famille , avec votre mère , qui allaitait dans votre famille ?

Que pensait votre mère de l'allaitement ?

2/ Quelle expérience de l'allaitement aviez-vous ?

Depuis quand vous vous intéressez à l'allaitement ? Depuis votre enfance ?

Avez vous été allaitée ?

3/Pourquoi allaiter plus de 6 mois ?

Comment expliquez vous que votre allaitement soit devenu un allaitement prolongé ? qu'est ce qui vous a donné envie d'allaiter de manière prolongée ?

qu'est ce qui a guidé votre choix de l'AM ?

4/ Difficultés ?

Avez vous été confronté à des difficultés ?

5/ Implications de l'entourage, réactions de l'entourage ?

Comment était perçu cet allaitement prolongé ? / votre famille , amis ?

Votre entourage vous a t'il montré certaines réticences ?

6/ Vécu du père

Place du père : Comment votre mari/compagnon a réagi face à cet allaitement long ? quelle place a t'il trouvé ? qu'est ce qu'il en pensait ?

7/ Sevrage :

Comment avez vous envisagé ou envisagez vous l'arrêt de l'allaitement ?

Comment s'est passé le sevrage ?

8/ Comment s'est passé votre accouchement ?

Ile PARTIE

1/ Relations avec les professionnels de santé

Quelle relation aviez vous avec les professionnels de santé passés les 6 premiers mois d'allaitement ?

Avez vous été amenée à consulter un médecin généraliste , est ce que l'allaitement long a été évoqué ?

Qu'en est il du soutien que l'on vous a apporté , quel soutien avez vous eu ?

Qu'auriez vous attendu des professionnels de santé, de votre médecin généraliste ?

2/ Associations

Est ce que vous fréquentez une association de soutien à l'allaitement
avez vous été amenée à en contacter ?

3/ Quelles seraient selon vous les conditions de l'allaitement idéal ?

III^e partie : présentation de la mère

Pourriez vous vous présenter en quelques mots ?

Age

Formation de la mère, études

Dernier emploi, reprise du travail,

Milieu origine parents /mari

Nombre d'enfants / situation familiale

Lieu d'habitation : urbain/ rural

Commune rurale éloignée de l'offre de soins ?

**Est ce que vous souhaitez ajouter quelque chose qui vous parait important qui
n'a pas été noté lors de l'entretien ?**

8.3 Allaitement maternel et code du travail

Article L1225-30 (remplace Article L224-2)

Le temps d'allaitement pendant le travail est prévu par le Code pour tout type d'entreprise et quel que soit l'effectif.

Pendant une année à compter du jour de la naissance, la salariée allaitant son enfant dispose à cet effet d'une heure par jour durant les heures de travail. Ces pauses ou la réduction journalière du temps de travail doivent être comptées comme temps de travail et rémunérées en conséquence.

Article R1225-5 (remplace Article R224-1)

Créé par Décret n°2008-244 du 7 mars 2008 - art. (V)

L'heure prévue à l'article L. 1225-30 dont dispose la salariée pour allaiter son enfant est répartie en deux périodes de trente minutes, l'une pendant le travail du matin, l'autre pendant l'après-midi. La période où le travail est arrêté pour l'allaitement est déterminée par accord entre la salariée et l'employeur. A défaut d'accord, cette période est placée au milieu de chaque demi-journée de travail.

Article R1225-6

Créé par Décret n°2008-244 du 7 mars 2008 - art. (V)

La période de trente minutes est réduite à vingt minutes lorsque l'employeur met à la disposition des salariées, à l'intérieur ou à proximité des locaux affectés au travail, un local dédié à l'allaitement.

Article L1225-31 (remplace Article L224-3)

La salariée peut allaiter son enfant dans l'établissement.

Article R4152-2

Créé par Décret n°2008-244 du 7 mars 2008 - art. (V)

Indépendamment des dispositions relatives à l'allaitement prévues par les articles L. 1225-31 et R. 4152-13 et suivants, les femmes enceintes ou allaitant doivent pouvoir se reposer en position allongée, dans des conditions appropriées.

Article L1225-32 (remplace Article L224-4)

Tout employeur employant plus de cent salariées peut être mis en demeure d'installer dans son établissement ou à proximité des locaux dédiés à l'allaitement.

Article R1225-7

Créé par Décret n°2008-244 du 7 mars 2008 - art. (V)

Les caractéristiques du local dédié à l'allaitement, prévu à l'article L. 1225-32,

figurent aux articles R. 4152-13 et suivants.

L'article 224-4 prévoit que les entreprises employant plus de cent femmes peuvent être mises en demeure d'installer des « chambres d'allaitement » ; pas moins de vingt articles du Code décrivent par le menu l'aménagement et l'équipement de ces chambres d'allaitement, qui ressembleraient davantage à des crèches d'entreprise (alors que dans le simple local, « les enfants ne peuvent séjourner que pendant le temps nécessaire à l'allaitement »).

Article R4152-13 (remplace Article R224-2) Créé par Décret n°2008-244 du 7 mars 2008 - art. (V)

Le local dédié à l'allaitement prévu à l'article L. 1225-32 est : 1° Séparé de tout local de travail ; 2° Aéré et muni de fenêtres ou autres ouvrants à châssis mobiles donnant directement sur l'extérieur ; 3° Pourvu d'un mode de renouvellement d'air continu ; 4° Convenablement éclairé ; 5° Pourvu d'eau en quantité suffisante ou à proximité d'un lavabo ; 6° Pourvu de sièges convenables pour l'allaitement ; 7° Tenu en état constant de propreté. Le nettoyage est quotidien et réalisé hors de la présence des enfants ; 8° Maintenu à une température convenable dans les conditions hygiéniques.

Ajoutons que, d'après l'article R. 232-10-3 (issu du décret du 31 mars 1992), « les femmes enceintes et les mères allaitant leurs enfants doivent avoir la possibilité de se reposer en position allongée, dans des conditions appropriées ». Cette règle plus récente est très intéressante, car fort utile et d'application beaucoup plus large, puisqu'elle concerne toute entreprise quel qu'en soit l'effectif, et profite à toute salariée qui déclare allaiter, et non pas seulement à l'allaitement sur le lieu de travail.

Article L1225-33 (remplace Article L224-5)

Un décret en Conseil d'Etat détermine, suivant l'importance et la nature des établissements, les conditions d'application de la présente sous-section.

Article L1225-12 (remplace Article L122-25-1-2)

L'employeur propose à la salariée qui occupe un poste de travail l'exposant à des risques déterminés par voie réglementaire un autre emploi compatible avec son état :

1° Lorsqu'elle est en état de grossesse médicalement constaté ; 2° Lorsqu'elle a accouché, compte tenu des répercussions sur sa santé ou sur l'allaitement, durant une période n'excédant pas un mois après son retour de congé postnatal.

8.4 Catégories socio-professionnelles des mères

	Age mère	Niveau études	Catégorie SP Mère
1	30	BTS	Commerciale
2	37	bac+4	Cadre au ministère de l'écologie
3	29	Dut	Informatique
4	31	bac+2	Secrétaire médicale
5	28	Bep	Vendeuse en supermarché
6	35	bac+5	Ingénieur
7	40	bac+5	Professeur des écoles
8	33	bac +3	Ergothérapeute
9	40	bac+4	Régisseuse son et lumière
10	31	bac+2	Assistante vétérinaire
11	37	desc	Sociologue, chargée de projet
12	29	bac+4	Commerciale
13	35	bac+5	Communication, chargée de projet
14	37	bac+2	Agent de sécurité
15	35	bac +5	Assistante maternelle
16	37	bac+6...	Restauration de cadres
17	37	bac+10	Agrégée de lettres et d'histoire
18	29	bac+5	Enseignante niveau supérieur
19	35	bac +5	Formatrice en langues
20	32	bac +5	Chargée d'études
21	32	bac+10	Avocate
22	30	bac +5	Etudiante

**« Logiques de choix et dynamiques sociales et familiales d'un allaitement maternel long :
Enquête par entretiens auprès de 22 mères allaitant depuis plus de 6 mois »**

RESUME

CONTEXTE ET OBJECTIFS L'allaitement maternel au-delà de 6 mois est aujourd'hui une pratique marginale qui se développe depuis plusieurs années, mais qui reste peu valorisée par les professionnels de santé. L'objectif de cette étude était d'approcher les logiques de choix et déterminants sociaux et familiaux d'un allaitement long, et d'élaborer des hypothèses sur le sens possible pour les mères de cette pratique.

METHODE Une enquête par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de 22 mères allaitant depuis plus de 6 mois. Les critères d'inclusion étaient d'avoir réalisé un allaitement maternel strictement supérieur à 6 mois, toujours en cours ou stoppé depuis moins de deux ans, exclusif ou non. Le critère de non-inclusion était l'appartenance à une culture non européenne. Une analyse thématique transversale a ensuite été réalisée.

RESULTATS Trois profils de pratique d'allaitement maternel ont été mis en évidence:

1/L'allaitement « relationnel » est un moyen d'exprimer leur conception d'éducation par un maternage dit proximal, pour des femmes en interaction exclusive avec l'enfant. Forme d'affirmation de soi contre leurs modèles familiaux ou les normes sociales, et fonction de réparation d'événements traumatisants ; 2/L'allaitement « naturel » s'inscrit dans un mode de vie « naturel », des préoccupations environnementales et des pratiques alternatives. Il est une évidence pour la santé de l'enfant et de la mère en opposition par cette pratique à l'industrie alimentaire ; 3/L'allaitement « logique » est abordé dans une démarche logique et pratique, sans théorie ni idéologie sur la question. Acte nourricier et geste universel, allant de soi dans la logique de leur grossesse. Certaines mères appartiennent à un seul profil et pour d'autres elles associent des caractéristiques communes à plusieurs profils. La plupart soulignent l'absence de transmission familiale de l'allaitement maternel. Pour certaines mères le sevrage est mal vécu et nécessite une rupture du lien fusionnel inscrivant l'allaitement long dans une modalité anti-dépressive, et parfois idéalisé en sevrage « naturel » choisi par l'enfant. La crainte de la sexualisation et d'une tonalité incestueuse de l'allaitement est souvent exprimée.

Pratique parfois dissimulée, presque clandestine à l'abri des regards et de la pression normative de la société, beaucoup cachent leur allaitement long au médecin.

Ces mères allaitant au-delà de 6 mois font plus confiance aux réseaux sociaux et associatifs qu'au corps médical jugé trop effacé ou trop interventionniste.

DISCUSSION Le médecin a peu de place dans l'accompagnement de ces femmes qui allaitent longtemps. Une attitude médicale empathique à leur égard pourrait les conduire à redonner leur confiance aux soignants pour que leur pratique d'allaitement sorte d'une certaine forme de clandestinité.

MOTS CLES : Allaitement maternel/Allaitement long/Maternage proximal /Médecine générale/Entretiens semi-dirigés