

UNIVERSITÉ DE NANTES
UFR DE MÉDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES
DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME
Années universitaires 2015 - 2019

Le portage des nouveau-nés :
état des lieux des connaissances et
des pratiques des femmes en France

Mémoire présenté et soutenu par

Morane BODIN
née le 11 mai 1995

Sous la direction de Madame Gwénola Sauvage, sage-femme

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier,

Madame Sauvage, sage-femme, pour le temps qu'elle m'a accordé et le partage de ses connaissances sur le sujet de travail

Madame Ferrand, sage-femme enseignante, pour ses conseils et son objectivité.

Les femmes ayant pris le temps de répondre et de partager mon questionnaire.

Ma famille et mon ami, pour leur soutien ces six dernières années.

Ma cousine, pour avoir partagé avec moi sa passion.

Julie pour sa relecture et ses conseils.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
PARTIE I : GENERALITES	7
A - LE TRANSPORT DE L'ENFANT, EN FRANCE... ET AILLEURS	7
1. En France	7
1.1 Au Moyen-Age	7
1.2 Au XVIIIe siècle	8
1.3 Au XIXe siècle	9
1.4 XXe siècle	9
1.5 XXIe siècle	9
2. Et ailleurs	10
B - COMMENT PORTER	11
1. Porter à dos, à ventre ou sur le côté	11
1.1 Porter sur le ventre:	11
1.2 Porter sur le dos	11
1.3 Porter sur le côté	12
1.4 Porter face au monde :	12
1.5 La position couchée, en berceau	12
2. Matériel	13
2.1 L'écharpe	13
2.2 Le Sling ou Ring-Sling	14
2.3 Le mei-tai	14
2.4 L'onbhuimo	15
2.5 Le podeagi (prononcé "podégui")	15
2.6 Les préformés	16
2.7 Les porte-bébés classiques- non physiologiques	16
PARTIE II : ETUDE	17
A. OBJET D'ÉTUDE ET MÉTHODE	17
1. Objectifs et hypothèses	17
2 - Population et méthode	17
2.1 Type d'étude	17
2.2 Population étudiée	18
2.3 Recueil des données	18
2.4 Analyse des données	18
B. RÉSULTATS	19
1 - Description de la population	19
1.1 Répartition de la population	19
1.2 - Âge des femmes	19
1.3 - Pays de naissance	20
1.4 - Parité	20

1.5 - Niveau d'étude et catégories socio-professionnelles	21
1.6 - Grossesse et accouchement	22
2. Autres pratiques des femmes	24
3. Avis et représentations des femmes sur le portage	25
4. Informations reçues et professionnels de santé	32
5. Pratique du portage	35
5.1 Population concernée	35
5.2 Utilisation	36
5.3 - Moyens de portage : choix et achat	38
5.4 - Retour d'expérience des femmes	40
6. Arrêt du portage	42
PARTIE III : DISCUSSION	44
A - FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE	44
1. Représentativité de la population	44
2. Faiblesses de l'étude	46
3. Atouts de l'étude	47
B - ANALYSE	47
1. Analyse des résultats et retour sur les hypothèses	47
1.1 Retour sur les hypothèses de départ	47
1. 2 Pratique du portage	48
1. 3 Bien être maternel	48
1. 4 Effets sur le nouveau-né :	50
1.5 Développement psycho-moteur	52
1.5 Place du père	54
2. Réflexion et place de la sage-femme	55
3. Suggestions	56
CONCLUSION	58
BIBLIOGRAPHIE	59
ANNEXES	64
ANNEXE I : Questionnaire	64
ANNEXE II : Iconographies des différents moyens de portage	70
ANNEXE III : Expériences de portage	71
ANNEXE IV : Synthèse des règles de sécurité	75
ANNEXE V : Exemples de plaquettes d'information	76

ABRÉVIATIONS

MIN : Mort Inattendue du Nourrisson

PNP: Préparation à la Naissance et la Parentalité

KC : Kangaroo Care

RGO : reflux gastro-oesophagien

PP : Post-partum

DME : Diversification alimentaire menée par l'enfant

PRADO : Programme d'Accompagnement du retour à domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

SBS : Syndrome du Bébé Secoué

INTRODUCTION

"En portant votre bébé, vous lui transmettez ce qu'aucune chambre d'enfant installée avec amour, aucun berceau ni aucune poussette ultra-confortable ne peuvent transmettre: le sentiment de bien-être, de sécurité, de chaleur, le mouvement, la vie."

Felix Stauffer, biologiste

Voici résumé en quelques mots ce que les femmes croisées lors de mes stages ou en dehors de l'exercice professionnel m'ont transmis comme image du portage. Au-delà de cela, j'observais un nombre important de femmes portant leur enfant dans la rue, ou de médias sur le sujet. Contradictoirement, les sages-femmes avec qui j'avais l'occasion de discuter ne l'évoquaient pas ou peu. De là est né mon intérêt pour le sujet.

On peut d'abord se poser la question du « pourquoi porter ? »

Pour commencer, il faut revenir aux origines de l'Homme et à son appartenance aux mammifères. En 1970, le biologiste allemand Bernhard Hassenstein [1] a introduit la notion de «porté» pour qualifier le petit d'homme. En effet, il considère les animaux en 4 classes quand il s'agit de la manière de s'occuper de leurs petits. On retrouve les nidifuges, les nidicoles, les **primates** (singes, gorilles) et les **marsupiaux** (kangourous, koala). Ces derniers naissent immatures. Ils ont besoin de leurs parents pour pouvoir grandir, le lait maternel ne suffit que pour de courtes périodes et les petits pleurent quand ils sont seuls. Les marsupiaux sont des "portés passifs": ils sont portés en poches et allaités en continu. Quant aux primates, on les qualifie de "portés actifs" car ils s'accrochent seuls à leur mère. Selon cette classification, le petit d'homme fait partie des "portés passifs" car l'absence de fourrure ne lui permet pas de s'agripper. Cependant, il a gardé certains réflexes archaïques lui permettant de participer activement. Il est tributaire du soutien de la mère quant à l'alimentation et à la nécessité de sa proximité directe (chaleur, contact physique) pour pouvoir grandir et se développer.

La présence des réflexes archaïques (réflexe de préhension, de Moro ou de fouissement) est la preuve de l'histoire biologique du nouveau-né en tant qu'animal, de ses besoins primaires. Il s'agit de mouvements automatiques et involontaires qui apparaissent pendant la vie fœtale. Ils proviennent du cerveau dit "reptilien"[2]. Leur répétition et leur intégration permettent le développement neuro-moteur. En effet, ces réflexes vont disparaître entre 3 et 4 mois, signe d'un développement normal du cerveau et de leur intégration en d'autres mouvements plus complexes. Pour se développer, le cerveau a besoin de stimuli : qu'ils soient tactiles pour permettre le développement neuro-moteur, visuels, liés à la communication etc. A l'inverse, l'absence de signaux entraîne un mauvais développement sur le long terme, par une disparition des voies neuronales concernées (posture, apprentissage, gestion des émotions).

De cette manière, le cerveau du nouveau-né humain naît immature[3]. En effet, l'homme adulte possède le plus gros cerveau de tous les primates, mais il naît avec le plus petit cerveau par rapport à sa taille adulte (environ 25 %) car parallèlement au

développement du cerveau humain, la bipédie a induit une réduction de la taille du bassin de la femme rendant la naissance d'un nouveau-né avec un cerveau plus développé et donc de taille plus importante impossible. On comprend ainsi que la première année d'un nouveau-né peut être considérée comme une gestation « ex-utero », pendant laquelle le bébé parfait son développement digestif, nerveux, immunitaire et moteur. Le cerveau atteindra 90% de sa taille adulte à l'âge de 3 ans.

Le corps de la mère semble le lieu le plus adapté pour le bébé lors de cette période. Il est le meilleur lieu de survie et réponse adéquate à ses besoins vitaux (contact, alimentation, régulation de sa température, stimulations...). C'est ce principe qui régit les soins aux nouveau-nés prématurés, notamment le peau à peau et des soins kangourou (Kangaroo Care) pour lesquels, l'OMS a rédigé en 2004 des recommandations de pratiques [4]. La méthode « mère kangourou » consiste à porter un enfant prématuré ou de faible poids de naissance (inférieur à 2000 g) sur le ventre en contact direct avec la peau. Cette méthode fut présentée pour la première fois par Rey et Martinez [5] à Bogotá en Colombie où elle a été mise au point comme alternative au manque de couveuses. Les années de pratique ont montré un effet positif global sur le nouveau-né et son évolution [6].

Mais concernant les nouveau-nés à terme, qu'en est-t-il? Quelles sont les pratiques des femmes en France concernant le portage? Et quelles sont leurs attentes? Quelles satisfactions ont-elles de leur expérience?

Voici les questions auxquelles nous essaierons de répondre dans ce travail.

Dans un premier temps nous ferons le point sur l'histoire du portage et les principales techniques. Dans un second temps nous exposerons les résultats de l'étude descriptive menée auprès des femmes habitant en France métropolitaine. Enfin nous analyserons ces résultats en regard de la littérature existante sur le sujet.

A - LE TRANSPORT DE L'ENFANT, EN FRANCE... ET AILLEURS

Pour comprendre les pratiques actuelles de la société, il nous faut d'abord revenir sur l'histoire et avoir un regard global sur l'évolution des soins apportés aux nouveau-nés. Plus généralement, il faut s'intéresser à la place de la femme à travers les différentes époques.

D'après Timothy Taylor [7] (archéologue britannique), c'est à l'époque de l'homo erectus et de l'homo ergaster que le porte-bébé aurait été inventé : soit il y a 1 800 000 ans. Il s'agissait à l'époque d'un morceau de peau animale noué en bandoulière.

On retrouve également des représentations de Marie portant Jésus dans un lange, ce qui indique que cette pratique est ancrée dans les moeurs depuis tout temps.

En effet, les hommes ont toujours eu besoin de se déplacer, pour voyager ou travailler, qu'il s'agisse d'ethnies sédentaires ou nomades. Les enfants devaient donc être transportés lors de ces différents trajets. Le second rôle du portage était la protection de l'enfant, ne devant pas être laissé au sol au risque d'être la proie d'éventuels prédateurs. Il permettait également l'alimentation au sein à la demande et la protection contre le froid.

1. En France

1.1 Au Moyen-Age

Les sources d'informations concernant la maternité durant cette période sont rares et pauvres. Malgré cela, il paraît important de pouvoir se représenter la place de l'enfant au sein de la famille et de la société de l'époque.

A partir du XI^{ème} siècle s'organise une société qu'on appellera traditionnelle, essentiellement rurale. Jusqu'au XVIII^{ème} siècle, les représentations et pratiques maternelles ne connaîtront pas de changements majeurs. La mère développe ses compétences et son expérience individuelle au sein d'une communauté. Les différentes étapes de sa vie (fille-femme-mère) sont tel un parcours initiatique, les femmes de son entourage l'accompagnent. Le père occupe une place importante dans les soins de l'enfant pendant les 40 jours suivant la naissance, période pendant laquelle la mère devait rester au repos.

A la campagne, les femmes travaillent dès le matin pour la corvée d'eau et les travaux des champs. Ces activités représentent une grande partie de leur travail tout au long de l'année. Laisser les enfants seuls est dangereux. On retrouve des illustrations de femmes portant leur enfant pour les amener avec elle. La mère est épaulée par les femmes de la famille proche, les enfants plus grands aident également à prendre en charge le nouveau-né.

Concernant le sommeil du nouveau-né, on retrouve des berceaux fait dans des troncs d'arbres, ou des paniers en osier. Il dort auprès de ses parents. En effet, le lit parental est entouré de courtines, amples. La nuit, l'enfant dort dans son berceau entouré par ses mêmes linges, qui forment un ensemble tel une tente autour des deux lits. Chez les moins riches, l'enfant dort simplement dans le lit conjugal ou dans une sorte de hamac tendu au-dessus du lit.

Il s'agit de la période pendant laquelle les bébés étaient le plus allaités et portés comparé à d'autres périodes de l'histoire. Le nouveau-né vie à proximité de la cellule familiale.

Contradictoirement, dans les classes supérieures, les mères ont recours à des nourrices ou à des domestiques pour nettoyer, baigner, langer et nourrir les bébés. Dans cette catégorie sociale, le recours à autrui pour les soins de son enfant augmente au fil des temps. A l'inverse l'allaitement maternel diminue

1.2 Au XVIIIe siècle

Les changements majeurs observés à cette époque concernent le sommeil et le déplacement des nouveau-nés. Ils dorment de plus en plus dans les berceaux, le sommeil partagé est moins pratiqué.

En 1733, à la demande du Duc de Devonshire : William Kent se voit confier la mission de concevoir un moyen de transport pour ses enfants. Il conçoit alors un chariot, constitué d'un panier sur roues, dans lequel les enfants peuvent se tenir assis. Pour un meilleur confort, des ressorts ont été ajoutés au panier. Ce chariot était pourvu d'un harnais, afin qu'il puisse être tiré par une chèvre ou un petit poney. William Kent invente alors l'ancêtre de la poussette. Au cours du XIXe siècle, l'astucieux « chariot à bébé » évolue : le harnais est remplacé par une barre horizontale. Ainsi, plus besoin de la traction d'un animal, chacun peut le pousser. En 1965, elle devient pliable : c'est alors un plein essor, l'entreprise fabricante en vend alors en grand nombre.



1.3 Au XIXe siècle

Ce siècle poursuit l'éloignement des nourrissons et des enfants de leurs parents. La vie à la campagne n'a pas changé, mais l'exode rural et l'émergence du système industriel amène de nombreuses femmes à travailler hors du foyer (couturière, lingère, blanchisseuse). Elles ont donc moins de temps à leur consacrer. Elles laissent alors leur(s) enfant(s) à des nourrices ou aux aînés. La transmission de la maternité entre les mères et leurs filles se perd, ce qui marque également un grand changement dans le fonctionnement de la filiation. C'est alors dans la presse féminine et auprès des médecins que les nouvelles mères cherchent conseil. Ainsi, la conception de la vie devient plus individualiste et l'amour maternel perd son prestige.

La modernisation et les changements de mœurs réduisent considérablement le portage des nouveau-nés. On considère alors que porter son bébé est un signe d'extrême pauvreté, lié à un statut social peu reluisant.

1.4 XXe siècle

La révolution pastoriennne induit des progrès en matière d'hygiène et de médecine. Les chercheurs mettent en avant qu'une meilleure hygiène diminue la mortalité infantile. Liés à ces évolutions, de nombreux changements voient le jour. Les accouchements à la maison diminuent, la mise en nourrice disparaît et les chaînes de productions de laits infantiles se développent. En effet, c'est en 1860 qu'est inventée une farine lactée à base de lait et de pain, qui ne connaîtra pas un grand succès. C'est ensuite en 1908, que Marcel Guigoz invente le premier lait en poudre. Il n'arrivera dans les pharmacies françaises qu'en 1927.

C'est également le moment de l'invention et de la commercialisation de la couche imperméable. Ainsi, le marché du matériel de puériculture se développe : gigoteuses, transat, chaise haute, poussette... C'est une véritable révolution.

Les découvertes médicales vont bon train, mais sont souvent en contradiction les unes avec les autres : les parents ne savent que penser.

Concernant l'éducation, les idées évoluent également. On commence à considérer qu'être proche de ses enfants et satisfaire leurs besoins revient à les gâter.

1.5 XXIe siècle

Après la Première Guerre mondiale, l'activité salariée des femmes continue d'augmenter. Ainsi, elles sont moins présentes auprès des enfants. Par ailleurs, l'état met en place des mesures politiques que l'on peut qualifier de nataliste (interdiction d'informations sur la contraception, l'avortement...). Il tente de mettre en valeur la place de mère : institution de la fête des mères, mise en place du congé maternité (1928), allocation mère au foyer (1938). Il reconnaît ainsi la femme pour son travail d'éducation des futurs citoyens.

Après la 2nd guerre mondiale, le nombre de naissances augmente de manière plus importante que lors de l'entre deux guerres, même si les familles nombreuses ne sont plus "la norme". Cette hausse des naissances explique les changements dans les relations entre la mère et l'enfant. En effet, les femmes accouchent dans des cliniques ou des hôpitaux surpeuplés, les mères sont rapidement séparées de leur enfant, l'allaitement artificiel est désormais une référence. De surcroît, la médicalisation prend le dessus sur les soins maternels et physiologiques. Les mères ne désirent plus rester longtemps au foyer au côté de leur(s) enfant(s). Elles retournent rapidement au travail, y voyant un avantage financier et un meilleur épanouissement personnel. Secondairement, le travail des mères a amené le père à participer au maternage et à l'éducation.

C'est ensuite dans les années 1970, grâce aux travaux de médecins comme Hassenstein, Nathalie Charpak, Leboyer, Odent ou encore Brazelton que l'on s'intéresse au développement du nouveau-né et notamment à ses besoins fondamentaux. C'est à ce moment que le portage va être de nouveau étudié ainsi que le peau à peau. Puis ce sera dans les années 1980, en Allemagne, que les écharpes et les techniques de nouages telles qu'on les connaît aujourd'hui, seront diffusées.

Aujourd'hui, les moyens de portage sont disponibles à tous, qu'il s'agisse de l'acquisition du matériel, ou bien des techniques. La vulgarisation du savoir semble être importante : média, livre, blog, vidéo, les supports d'apprentissage et de partage semblent variés.

2. Et ailleurs

Le portage est resté traditionnel dans certaines cultures. Les femmes y apprennent à porter naturellement dès le plus jeune âge en portant leurs cadets ou d'autres enfants de la

famille proche. Il est donc intéressant de savoir comment cela se passe ailleurs, pour pouvoir comparer avec nos pratiques.

Dans la plupart des *cultures africaines*, le bébé est porté dans un pagne. Il est porté et transporté partout et en toutes circonstances[8].

Au Japon, en Corée, au Laos, en Chine et dans d'autres *pays asiatiques*, les bébés sont souvent portés dans le dos de leurs mères à l'aide de très beaux porte-bébés richement décorés, dont les couleurs et motifs ont une signification précise (vœux de bonheur ou de protection pour le bébé, histoire de sa naissance...).

Au Népal, le bébé est couché dans un berceau en bambou que la mère porte sur sa tête à l'aide d'une lanière.

Au Mexique, l'enfant est placé devant et maintenu par une grande bande de tissu coloré, simplement croisée dans le dos.

Au Pérou comme en *Bolivie*, les bébés sont portés à la verticale dans le dos, dans une sorte de couverture en laine colorée. Elle se noue comme un châle sur les épaules de la maman.

Pour terminer, on peut observer chez les Eskimo, que l'anorak de la mère est prolongé par une poche à l'intérieur de laquelle le bébé est porté nu, permettant ainsi une meilleure régulation thermique.

B - COMMENT PORTER

Il existe de nombreuses manières de porter. Elles diffèrent par la position du bébé vis-à-vis du porteur, ainsi que par le matériel utilisé. Cette multitude de possibilités permet de s'adapter à chaque couple enfant/parent ainsi qu'aux capacités de l'enfant.

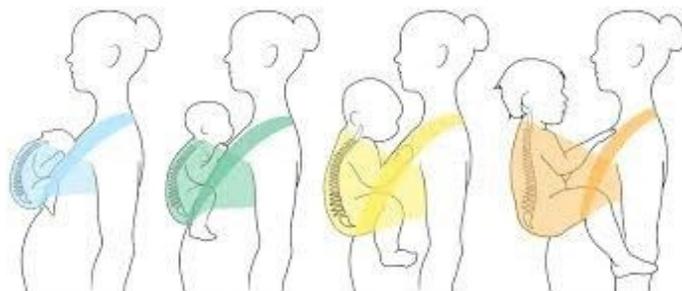
1. Porter à dos, à ventre ou sur le côté

1.1 Porter sur le ventre:

Il s'agit de la méthode la plus répandue les premiers mois du bébé, elle permet le câlin et la continuité avec le portage utérin. Le contact visuel est possible. Cette position peut également permettre l'allaitement sans sortir l'enfant de l'écharpe, en y adaptant des positions d'allaitement.

Cette manière de porter est très occidentale. En effet, on ne la retrouve pas de façon traditionnelle en Afrique ou en Asie. Cependant, pour notre culture ayant perdue la transmission ancestrale du portage cette manière de faire semble plus facile et plus rassurante.

Néanmoins, l'enfant s'y sent en sécurité, et peut également rechercher le regard de son parent. Cette position lui permet d'être comme protégé du monde extérieur, qu'il côtoie sans pour autant y être confronté de manière directe. En cas de peur ou de fatigue, l'enfant se réfugie face à sa mère. Le portage sur le ventre s'adapte au fur et à mesure que la posture du nouveau-né se tonifie, suivant la maturation de sa colonne vertébrale. Sa curiosité l'amènera par la suite à vouloir tourner la tête pour regarder ce qui l'entoure et être dans le sens de la marche. A ce moment il sera plus adapté de changer de position pour satisfaire ce nouveau besoin.



1.2 Porter sur le dos

C'est principalement cette technique que l'on peut observer de manière traditionnelle dans d'autres cultures. Pratique pour vaquer aux occupations quotidiennes, elle permet une liberté de mouvement importante. De plus, l'enfant est dans le sens de la marche, ce qui lui permet un champ de vision beaucoup plus important. Il peut ainsi observer tout ce qui l'entoure et apprendre par mimétisme des actions quotidiennes de sa mère. La position lui permet également de dormir quand il le souhaite. Ce type de portage permet de porter des enfants de la naissance à quelques années, car porter sur le dos, *sollicite moins* que sur le ventre ou que le portage asymétrique.

1.3 Porter sur le côté

Le portage sur le côté est une façon de porter instinctive et spontanée. Une manière souvent utilisée pour porter seulement à bras. C'est une position où le bébé peut s'agripper au corps du porteur, en l'enserrant de ses jambes. Le champ de vision du bébé est assez large pour lui permettre de satisfaire sa curiosité, tout en pouvant communiquer visuellement avec celui qui le porte. Porter sur le côté peut être un compromis entre porter sur le ventre et le passage au portage sur le dos.

C'est un portage asymétrique, plus ou moins confortable pour le porteur, selon la durée et le poids de l'enfant. En effet l'asymétrie peut créer plus facilement des douleurs musculaires ou une fatigue. Mais ce sont souvent des techniques rapidement mises en place, qui peuvent être utilisées pour de courtes balades ou des activités quotidiennes.

Autres positions, peu recommandées :

1.4 Porter face au monde :

Cette technique est observée de manière courante, dans la rue, sur des magazines. Elle est pourtant peu respectueuse de la physiologie du nouveau-né, comme de celle du porteur. Premièrement, pour le nouveau-né la position physiologique n'est pas respectée : son dos est tassé, non enroulé et ses jambes pendent, le laissant reposer sur ses parties génitales. Ensuite, cette position n'est pas idéale non plus pour le sommeil car la tête du nouveau-né n'est pas soutenue et a tendance à passer de l'avant à l'arrière. De plus, l'enfant est sur-stimulé, c'est-à-dire qu'il a accès en permanence au monde extérieur, sans pouvoir s'en détourner.

Quant au porteur, il porte souvent l'enfant trop bas, et subit les mouvements du nouveau-né, provoquant des douleurs musculaires plus importantes notamment au niveau du dos.



1.5 La position couchée, en berceau



Cette position est proscrite également. Il s'agit d'une précaution contre la MIN. Dans cette position le bébé est tassé sur lui-même et sa cage thoracique est comprimée ce qui rend cette position dangereuse, au vu des risques de mauvaise oxygénation.

2. Matériel

2.1 L'écharpe

Cette technique de portage est tout simplement constituée d'un long morceau de tissu de 3 à 5 mètres qu'il faut nouer pour installer le bébé. Le nombre de nœuds possibles et donc les installations envisageables sont multiples. Que ce soit sur le dos, sur le ventre ou encore sur le côté.

De cette manière, l'écharpe s'adapte au gabarit du bébé comme du porteur. Une fois bien ajustée, l'écharpe est confortable, car elle répartit le poids du bébé entre les épaules et le nouage ventral (pour la plupart des installations). Cette répartition des charges lui permet d'être utilisée pour de longues périodes de temps et pour un âge avancé.

Il existe plusieurs types d'écharpe selon le tissu de fabrication : non-extensibles, extensibles ou intermédiaires. En effet, le tissu nécessaire au portage en écharpe doit avoir un soutien important, il ne peut pas être fait de n'importe quel tissage.

Les tissus non-extensibles sont à armure sergé ou dérivée du sergé : à chevrons, jacquard, sergé croisé, sergé brisé ou satiné. Ce sont les trames du tissage qui permettent un portage soutenant et sûr. De plus, ils permettent des nouages en un seul pan, ce qui peut être plus simple à mettre en place qu'un nouage nécessitant plusieurs pans passant sur le nouveau-né comme avec une écharpe en tissu extensible. Ces tissus sont plus ou moins souples, avec juste ce qu'il faut d'élasticité dans la diagonale, et ne se déforment pas. Ils permettent de porter dès la naissance jusqu'à environ 3 ans (jusqu'à 15/20 kg).

Concernant les écharpes extensibles, elles permettent un enveloppement important du nouveau-né, qui est moulé dans le tissu. Cependant, elles peuvent être plus compliquées à utiliser. De plus, leur utilisation est restreinte à des nouveau-nés de faible poids, le tissu étant rapidement insuffisant pour un bon maintien de l'enfant plus grand.

Quel que soit le type de tissu utilisé, l'important est qu'il convienne au porteur comme au nouveau-né.

Concernant l'installation, l'écharpe présente des avantages d'adaptation (par la multitude de nœuds possibles) mais également quelques inconvénients. Il s'agit par exemple de l'apprentissage des différents nœuds et le temps qu'il faut pour les réaliser à chaque utilisation. Même si avec l'expérience, cela devient plus rapide et instinctif. La rigueur des nœuds est nécessaire pour le confort et la sécurité.

Ce sont ces mêmes tissus qui sont utilisés pour les slings ainsi que pour les porte-bébés d'inspiration asiatique et hybrides.

Selon le même principe, on retrouve le **pagne africain**, constitué d'un seul pan de tissu à nouer. Il est probablement le mode de portage traditionnel qui nous est le plus familier visuellement. Originaire d'Afrique, il est composé d'une toile de coton assez fine appelée wax (pour sa technique d'impression des motifs à la cire), coupée en rectangle, que l'on vient nouer sur la poitrine et la taille. Cette technique permet un portage au dos uniquement. Le bébé est calé sur les reins de sa mère. Il est porté plus bas que dans d'autres techniques de



portage, permettant des mouvements plus importants au niveau des bras, pour la mère qui travaille. Le portage bas permet aussi à l'enfant de ne pas basculer vers l'avant lorsque sa mère se penche. Les sensations du porteur sont donc très différentes. Le même type de nouage est réalisable avec des écharpes.

2.2 Le Sling ou Ring-Sling



Ce porte-bébé est constitué d'un ou deux pans de tissu rectangulaire. Il s'ajuste grâce à des anneaux cousus au bout de celui-ci. Il s'utilise sur une épaule seulement. Le portage asymétrique permet de porter bébé sur la hanche, devant soi, dans le dos ou encore de le maintenir lors de l'allaitement (en madonne redressée). L'avantage de ce type de porte-bébé est qu'il n'y a pas besoin d'effectuer de multiples nouages. Il se veut donc pratique et peut s'utiliser quel que soit l'âge du nouveau-né.

Porte-bébé d'origine asiatique

2.3 Le mei-tai

Il est composé seulement d'un rectangle de tissu auquel sont cousues quatre lanières aux niveaux des extrémités. Les deux lanières du bas permettant de nouer la ceinture, les deux du haut permettant de créer des bretelles. De nombreuses améliorations existent aujourd'hui permettant de nombreux réglages ainsi qu'un plus grand confort : présence d'une capuche, tablier réglable en largeur et en hauteur, bretelles rembourrées. Avec ces modèles possédant de nombreux réglages, notamment de l'assise, il est possible de porter des nouveau-nés dès quelques mois et ceux jusqu'à 3 ans, voire bien plus. Ils sont plus globalement recommandés à partir de 4 mois, quand l'écart du bassin est suffisant. Ce porte-bébé est un compromis entre l'écharpe et le porte-bébé structuré : il est plus facile d'utilisation, par le fait que, l'assise soit déjà constituée. Mais il laisse la possibilité aux parents de réaliser les ajustements nécessaires en fonction du gabarit de chacun, tout en étant moins "rigide" que le porte-bébé classique. Avec certains modèles les sensations sont très proches du portage en écharpe.



2.4 L'onbhuimo

Ce porte bébé physiologique ne possède pas de ceinture. C'est en cela qu'il se différencie d'un préformé ou d'un mei-tai. Il est composé seulement d'un tablier et de deux bretelles (à anneaux ou à clip). Par l'absence de ceinture, il est apprécié par les femmes enceintes qui portent ou les personnes ayant des problèmes de hanche ou de bassin, qui pourraient



être gênées par la pression d'une ceinture ou d'un nouage sur le bassin.

L'assise ne se règle généralement pas, ce qui rend ce type de portage non-accessible pour un bébé qui n'a pas ouvert son bassin. De plus, il s'agit d'un portage actif, l'enfant doit savoir se tenir assis et avoir une bonne musculature du dos. Il est le plus souvent adapté seulement à partir de 6 mois. Il se veut pratique pour de courtes durées ou pour un bébé qui veut sortir et remonter dans le porte-bébé souvent.

2.5 Le podeagi (prononcé "podégui")

Il est composé d'un tablier et de deux lanières horizontales (environ 2 mètres) partant du haut du tissu. La largeur des bretelles, permet de ne pas faire "corde" et de ne pas blesser le porteur même sur de longues périodes.

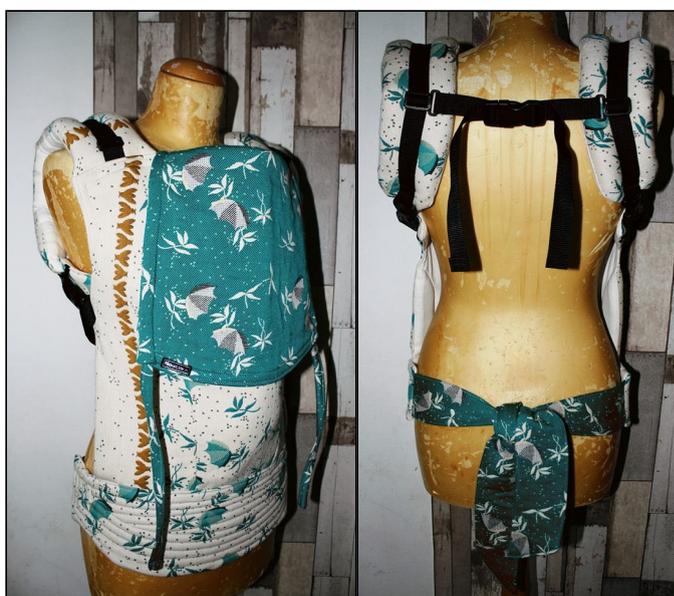
Le principe est de porter le bébé en plaçant le tablier dans son dos et en passant les bretelles sous ses fesses/cuisses afin de permettre et conforter l'assise. La ceinture ventrale est également créée à partir des pans de tissus.

Le confort de ce type de portage est proche de celui d'une écharpe, tout en étant très évolutif puisqu'il permet de porter dès la naissance, et jusqu'à quelques années. Il permet de porter aussi bien sur le ventre que sur la hanche et le dos.



2.6 Les préformés

Ces porte-bébés s'inspirent du principe du Mei-Tai quant à la forme, mais il n'y a pas de lanières à nouer. A la place on retrouve des bretelles pour ce qui est des épaules et une ceinture rembourrée que l'on ferme et règle à l'aide de boucles, comme sur des sacs à dos. L'absence de nouage le rend plus simple d'utilisation. Pour autant, le bébé y est bien assis, en position physiologique. Il s'enfile comme un sac à dos. Selon les modèles, il peut s'utiliser dès la naissance, même si, il sera réellement plus adapté à partir de 4 mois environ car certains ont une assise trop large par rapport à l'écartement possible des jambes du bébé, à bien plus grand, jusqu'à 15 kilos pour certains. Il permet le portage ventral puis dorsal.



2.7 Les porte-bébés classiques- non physiologiques



Certains porte-bébés, dont il n'est pas possible d'énumérer les noms ou les marques, ne sont pas adaptés aux nouveau-nés. Le plus souvent car ils ne permettent pas de garder une position adaptée au corps du bébé et à sa physiologie de base. Ils ne permettent pas la bonne position du bassin et des jambes. C'est avec ce type de portage que les bébés ont les jambes pendantes. De surcroît, les marques conseillent le plus souvent un portage face au monde, qui comme nous avons pu le voir précédemment n'est pas conseillé. Il ne permet pas non plus le confort du porteur, par un portage bas, ce qui crée des douleurs de dos ou d'épaules. Ils sont donc plutôt à déconseiller.

PARTIE II : ETUDE

A. OBJET D'ÉTUDE ET MÉTHODE

1. Objectifs et hypothèses

L'objectif principal de notre étude était d'analyser les connaissances et les pratiques des femmes en matière de portage du nouveau-né.

Secondairement il était d'évaluer la demande des femmes sur le sujet et la place qu'elles donnent aux professionnels de santé ceci dans le but de mettre en place des solutions adaptées dans notre pratique professionnelle.

Nous nous sommes posés des questions :

Concernant *les connaissances du portage* nous nous sommes interrogés sur :

- ★ Quelles sont les connaissances des femmes sur le sujet ?
- ★ La présence d'idées reçues est-elle importante ?
- ★ Par quel biais ont-elles eu des informations sur le sujet?
- ★ Quelle place attribuent-elles aux professionnels de santé en ce qui concerne cette pratique ?

Concernant les femmes qui portent leur enfant, nous nous sommes interrogés sur :

- ★ Ont-elles des caractéristiques particulières (âge, condition socio-professionnelle, parité)?
- ★ Quels moyens utilisent-elles ?
- ★ Par quels moyens ont-elles appris à porter?
- ★ Quelle expérience en ont-elles tirée?

Hypothèses :

N'ayant pas trouvé d'autres études réalisées sur le sujet, les hypothèses émises l'ont été à partir de notre réflexion

- ★ Il n'y a pas de profil particulier pour porter son enfant.
- ★ Il existe des idées reçues fausses sur le sujet.
- ★ Les femmes souhaiteraient recevoir plus d'informations de la part d'un professionnel concernant les techniques de portage possible.

2 - Population et méthode

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale et multicentrique.

2.2 Population étudiée

Les critères d'inclusion pour les femmes étaient : habiter en France métropolitaine au moment de leur réponse au questionnaire et avoir un enfant de moins de deux ans. Nous avons exclu les femmes enceintes au moment du questionnaire.

2.3 Recueil des données

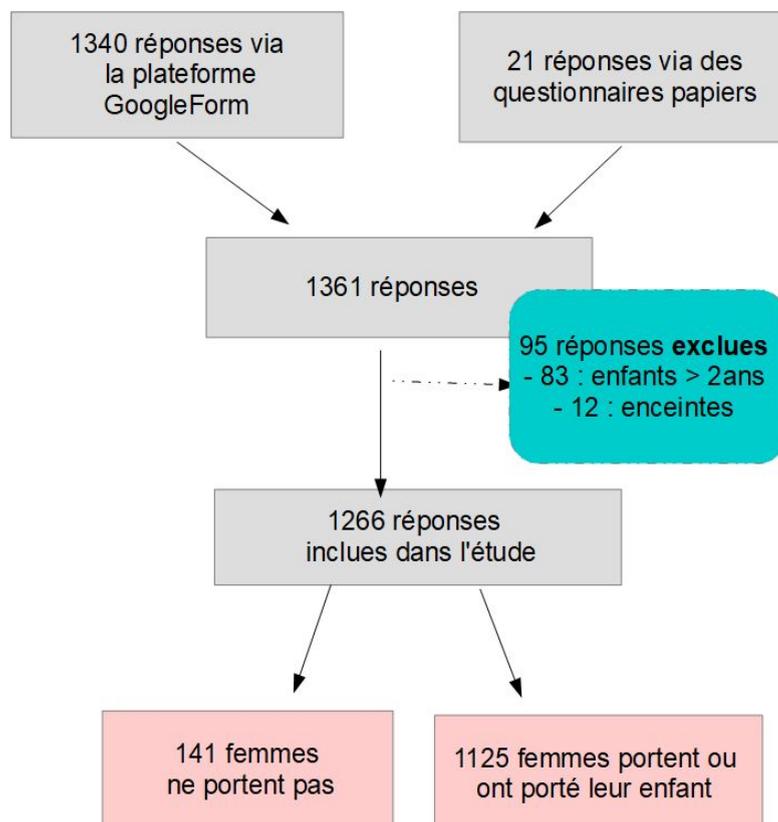
Le recueil des données a été effectué par un questionnaire en ligne via un logiciel Google Form ou via un questionnaire papier déposé dans 2 cabinets de sages-femmes libérales. Le questionnaire était anonyme quel que soit le moyen de réponse. Le questionnaire (annexe I) se compose de 40 questions, divisées en 3 parties. Dans un premier temps des variables générales ont été recueillies telles que l'âge, le contexte psycho-social, la parité. Dans un second temps, d'autres questions plus précises sur le sujet du portage ont été abordées. Enfin, la dernière partie du questionnaire s'adressait uniquement aux femmes portant leur enfant. La majorité des questions étaient à choix multiples (28), les autres étant à réponses courtes(8) ou des questions ouvertes (4).

L'étude s'est déroulée de mai à août 2018. Nous avons eu 1351 réponses, 95 ne correspondant pas aux critères d'inclusion nous sommes arrivés à 1266 réponses exploitables.

2.4 Analyse des données

L'exploitation statistique a été effectuée à l'aide du logiciel en ligne Google Sheets. Les figures et les tableaux de résultats ont également été réalisés par ce biais. Concernant les tests statistiques, ils ont pu être réalisés en ligne à partir du logiciel Biostatgv. Les tests statistiques utilisés sont le test du Khi2 et le test exact de Student. Pour ces tests, une différence est dite significative si le seuil observé (p-value) est inférieur à 0.05, ce qui signifie que le résultat obtenu à moins de 5% de chance d'être obtenu par hasard.

Flowchart

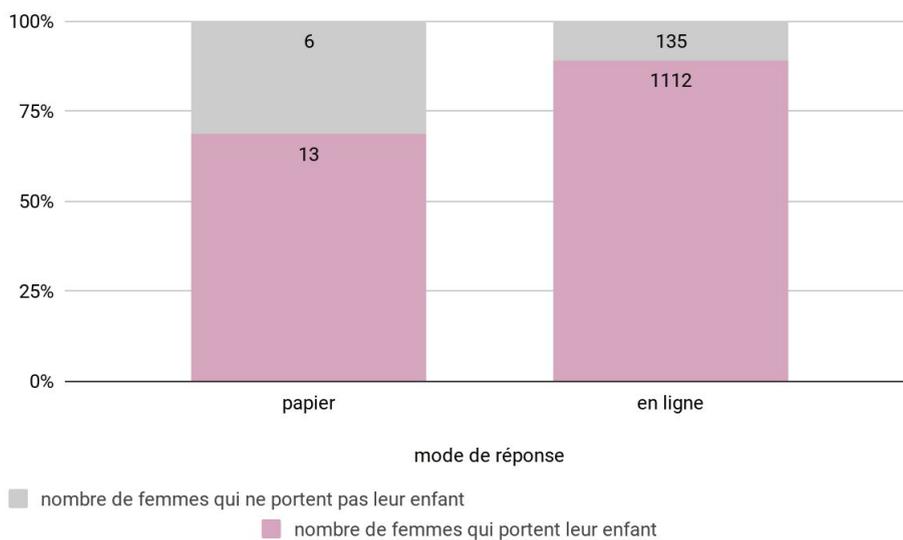


B. RÉSULTATS

1 - Description de la population

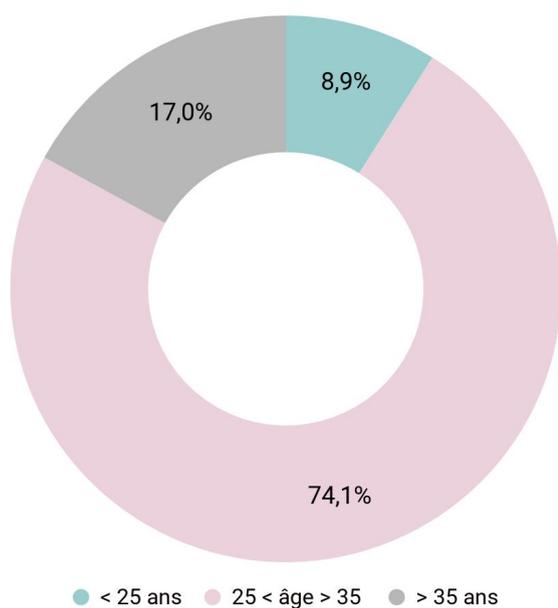
1.1 Répartition de la population

Figure 1 : population



1.2 - Âge des femmes

Figure 2 : Age des femmes (nr = 2)



Les femmes qui ont entre 25 et 35 ans sont les plus représentées dans notre échantillon.

1.3 - Pays de naissance

Tableau 1 : Pays de naissance des femmes (nr = 6)

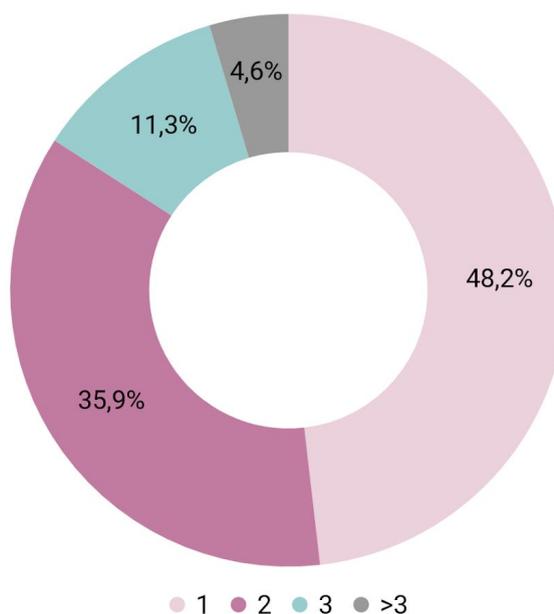
Pays concernés		nombre de femmes
France métropolitaine		1132
DROM		6
Autres pays d'Europe n=68	Belgique	41
	Suisse	14
	Autres (Portugal, Moldavie, Luxembourg, Grèce)	13
Pays d'Afrique du Nord (Tunisie, Maroc)		7
Autres pays d'Afrique (Togo, Sénégal)		3
Autres n=44	Canada	34
	Autres (Cuba, Corée du Sud, Japon, Kazakhstan)	10

Concernant la nationalité des femmes, elles sont 89.4% à être nées en France métropolitaine. Pour les femmes nées à l'étranger on retrouve en majorité des femmes nées en Belgique (3.4%), au Canada (2.7%) ou en Suisse (1.1%).

1.4 - Parité

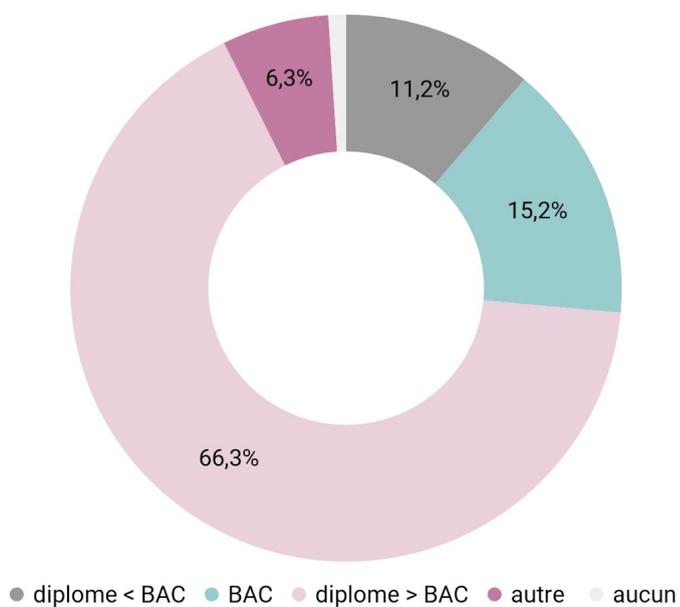
Figure 2 : Parité des femmes

Les femmes de notre échantillon sont en majorité des primipares.



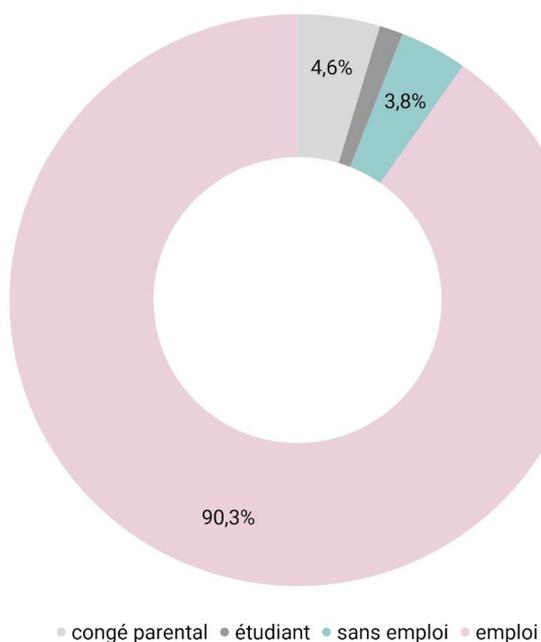
1.5 - Niveau d'étude et catégories socio-professionnelles

Figure 3 : Niveau d'étude des femmes (nr = 6)



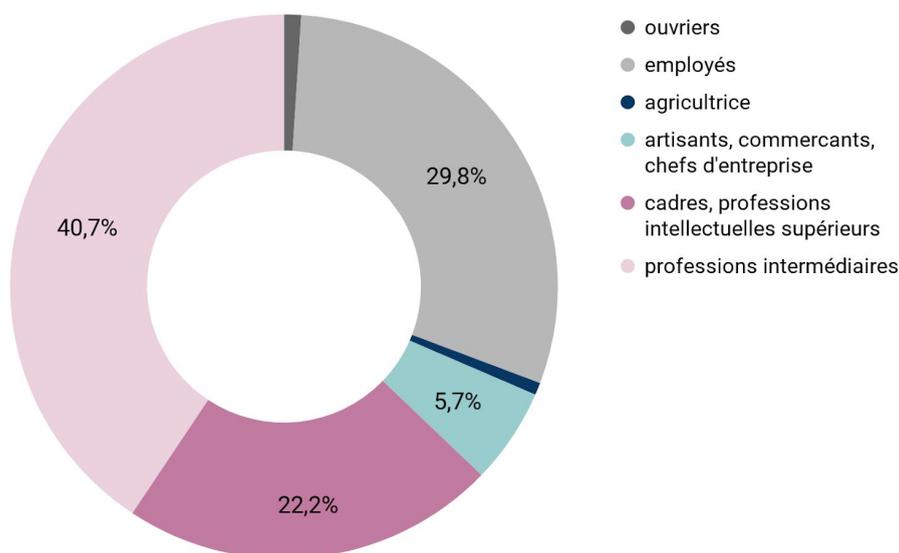
Plus de la moitié des femmes ont un niveau supérieur au baccalauréat.

Figure 4 : Situation professionnelle (nr=54)



90.3% des femmes ont un emploi au moment de l'enquête.

Figure 5 : Secteur professionnel chez les femmes ayant un emploi (n=1094)



La majorité des femmes en activité exercent une profession intermédiaire.

Concernant leur **vie personnelle** elles sont 95,4% à vivre en couple.

1.6 - Grossesse et accouchement

Elles sont 83,3%(n=1054) à **avoir effectué une PNP** et 206 (16.3%) à ne pas en avoir fait (nr=5).

Concernant leur **accouchement**, 88.2%(n=1117) d'entre elles ont accouché à terme et 11,1% ont accouché prématurément (nr=8).

Intéressons nous ensuite au nouveau-nés. Le **poids** minimum observé dans notre population est de 900g, le poids maximum 4990g. La moyenne est de 3310.7g

Sur la totalité des nouveau-nés, 10,1% (n=130) ont été **hospitalisés** après leur naissance (réanimation néonatale, néonatalogie, réanimation pédiatrique).

Nous avons regroupé les différentes informations des questions précédentes en un tableau (tableau 1), pour pouvoir comparer la situation des femmes qu'elles portent ou non leur enfant. Il y a une différence significative concernant 3 facteurs étudiés : le niveau scolaire, l'allaitement et le recours à l'aide médicale à la procréation.

Il semble qu'il y ait un lien significatif entre le niveau d'études et le fait de porter son enfant. Les femmes ayant un niveau inférieur au baccalauréat portent significativement moins leur enfant.

Concernant les deux autres critères, il semble que les femmes ayant eu recours à la PMA ou les femmes qui allaitent portent significativement plus.

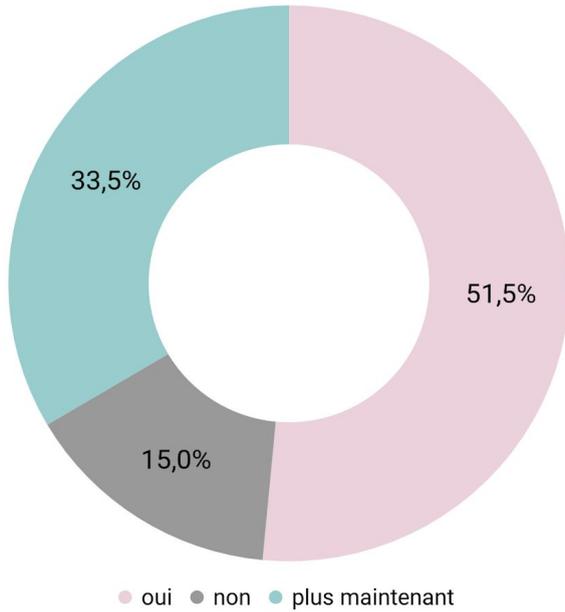
Tableau 1 : Présentation de notre population selon le fait de porter ou non son enfant

Variables		total		portage oui		portage non		P-value
		n	m	n	m	n	m	
			%		%		%	
Âge (n=1250)	<25	113	9,0%	97	8,7%	16	11,3%	0.59
	25-35	924	73,9%	823	74,2%	101	71,6%	
	>35	213	17,0%	189	17,0%	24	17,0%	
Niveau d'étude (n=1131)	Brevet, CAP, BEP	143	12,6%	117	12,6%	26	21,5%	0.02
	BAC	160	14,1%	71	7,7%	6	5,0%	
	études supérieurs	828	73,2%	739	79,7%	89	73,6%	
Profession (n=1082)	agricultrice	8	0,7%	7	0,7%	1	0,8%	0.26
	cadre, profession intellectuelle supérieur	240	22,2%	205	21,4%	35	28,2%	
	profession intermédiaire	438	40,5%	399	41,6%	39	31,5%	
	employé	324	29,9%	283	29,5%	41	33,1%	
	ouvrier	11	1,0%	10	1,0%	1	0,8%	
	artisan, commerçant	61	5,6%	54	5,6%	7	5,6%	
Parité (n=1252)	1	607	48,5%	524	47,2%	83	58,9%	0.01
	2	449	35,9%	401	36,1%	48	34,0%	
	3	139	11,1%	131	11,8%	8	5,7%	
	>3	57	4,6%	55	5,0%	2	1,4%	
PNP (n=1246)	OUI	1043	83,7%	926	83,8%	117	83,0%	0.8
	NON	203	16,3%	179	16,2%	24	17,0%	
AMP (n=1145)	OUI	86	7,5%	79	7,1%	7	5,0%	0.009
	NON	1059	92,5%	1028	92,9%	133	95,0%	
Prématurité (n=1244)	OUI	138	11,1%	125	11,3%	13	9,3%	0.47
	NON	1106	88,9%	979	88,7%	127	90,7%	
Allaitement (n=1250)	OUI	1067	85,4%	980	88,3%	87	62,1%	< 10 ⁻¹⁸
	NON	183	14,6%	130	11,7%	53	37,9%	
Hospitalisation (n=1252)	OUI	126	10,1%	112	10,1%	14	9,9%	0.95
	NON	1126	89,9%	999	89,9%	127	90,1%	
Poids moyen (n=1239)		3310.74 (n=1239)		3311.31 (n=1104)		3309.70 (n=135)		0.95

)				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

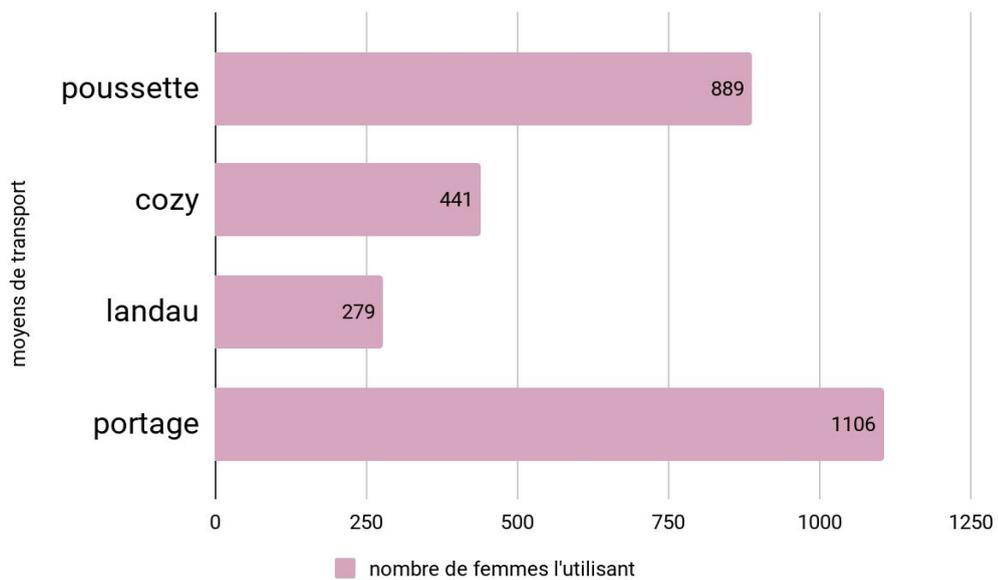
2. Autres pratiques des femmes

Figure 6 : Pratique de l'allaitement maternel



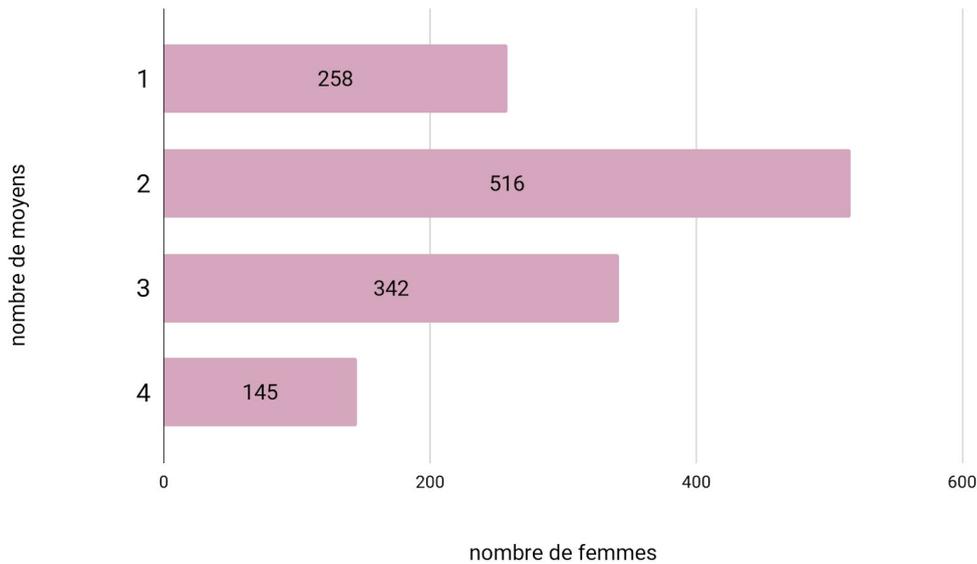
Au total, 85% des femmes de notre échantillon ont pratiqué un allaitement maternel.

Figure 7 : Moyens de transport utilisés avec l'enfant



Le moyen le plus utilisé est le portage, vient ensuite la poussette.

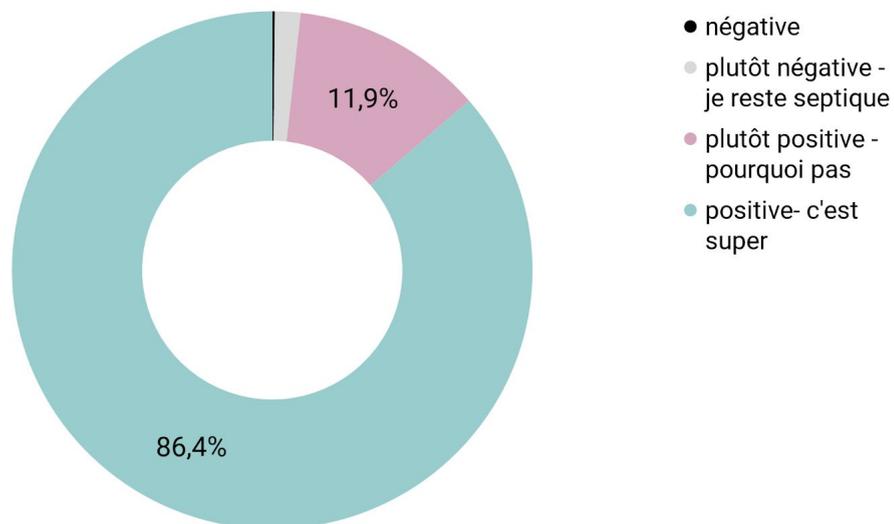
Figure 8 : Nombre de moyen(s) utilisé(s) pour le transport de l'enfant



La majorité des femmes utilisent 2 moyens de transport avec leur enfant. Le portage est le plus souvent associé à l'utilisation de la poussette (n=752).

3. Avis et représentations des femmes sur le portage

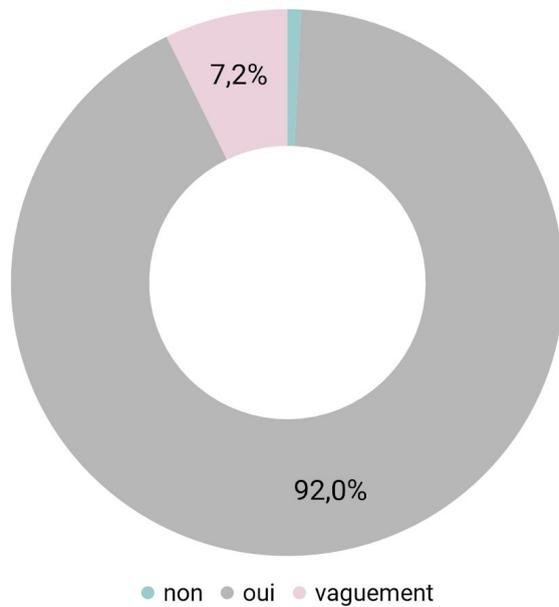
Figure 9 : Avis des femmes concernant le portage



Elles sont plus de 80% à avoir un avis très positif sur le sujet.

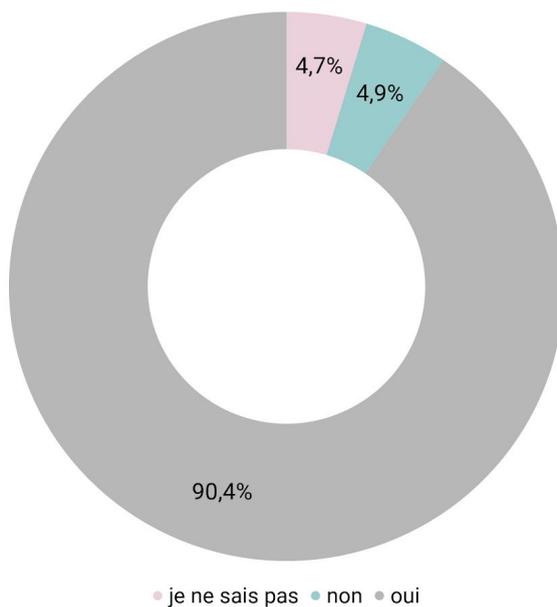
Concernant cette question, Il existe une différence significative ($P < 0.01$). En effet leur réponse semble être différente suivant qu'elles portent ou non leur enfant. Les femmes qui ne portent pas leur enfant, semble avoir un avis "négatif" supérieur, ainsi qu'un avis "plutôt positif" supérieur par rapport au femmes qui portent.

Figure 10 : Connaissances des femmes concernant le principe du portage



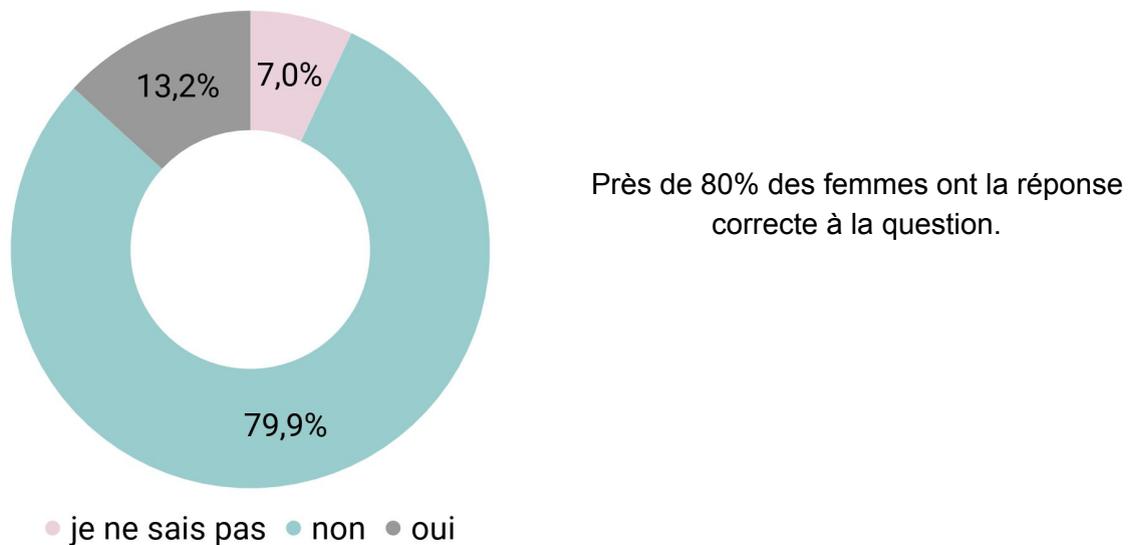
Nous avons ensuite demandé aux femmes si elles pensaient savoir en quoi consiste le portage, elles ont été nombreuses à répondre oui. seul 8% d'entre elles considèrent ne pas connaître les principes du portage ou les connaître vaguement.

Figure 11 : Connaissance des femmes concernant les techniques à utiliser ("Les techniques à utiliser sont-elles différentes selon l'âge?")



Les femmes ont répondu correctement à 90% à la question leur demandant si les techniques de portage à utiliser doivent être différentes selon l'âge de l'enfant.

Figure 12 : Réponses des femmes à la question “ Y-a-t-il un âge minimum ou maximum pour porter un enfant ?”



Leurs connaissances diffèrent selon qu’elles pratiquent ou non le portage.

En effet, à la question relative aux différents moyens de portages qu’elles connaissent, les femmes qui ne portent pas leur enfant, ont répondu majoritairement “l’écharpe”(n=41) et le “porte bébé”(n=67), le terme sling apparaît seulement 12 fois. Elles ne citent pas d’autres types de portage, contrairement aux femmes qui portent leur enfant, qui citent un nombre plus important de principes de portage. Elles donnent en moyenne 4 noms différents.

Pour terminer, nous avons demandé aux femmes, leur avis (vrai-faux-je ne sais pas) concernant différentes affirmations, sur les bénéfices ou les risques du portage.

Figure 13 : “ Le portage peut ...”

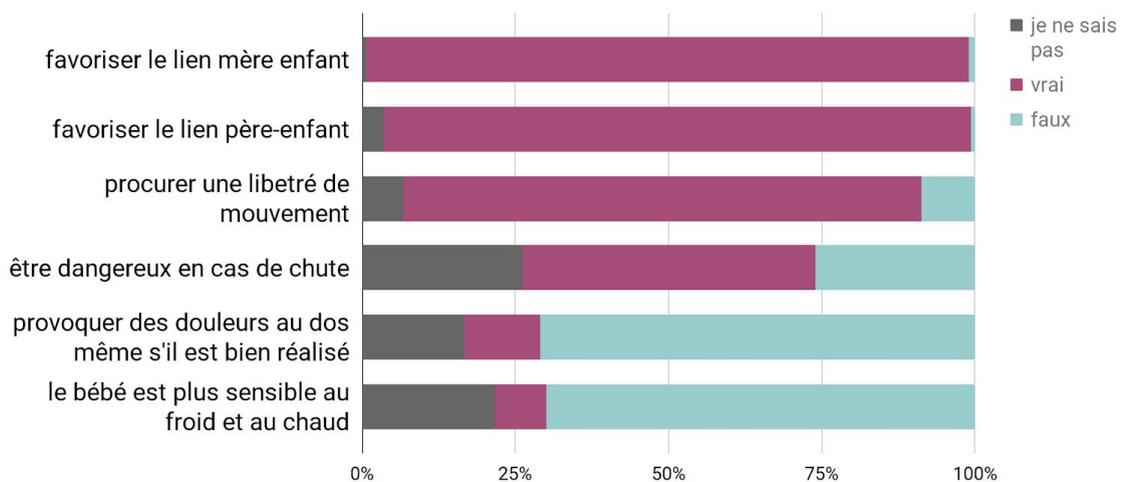
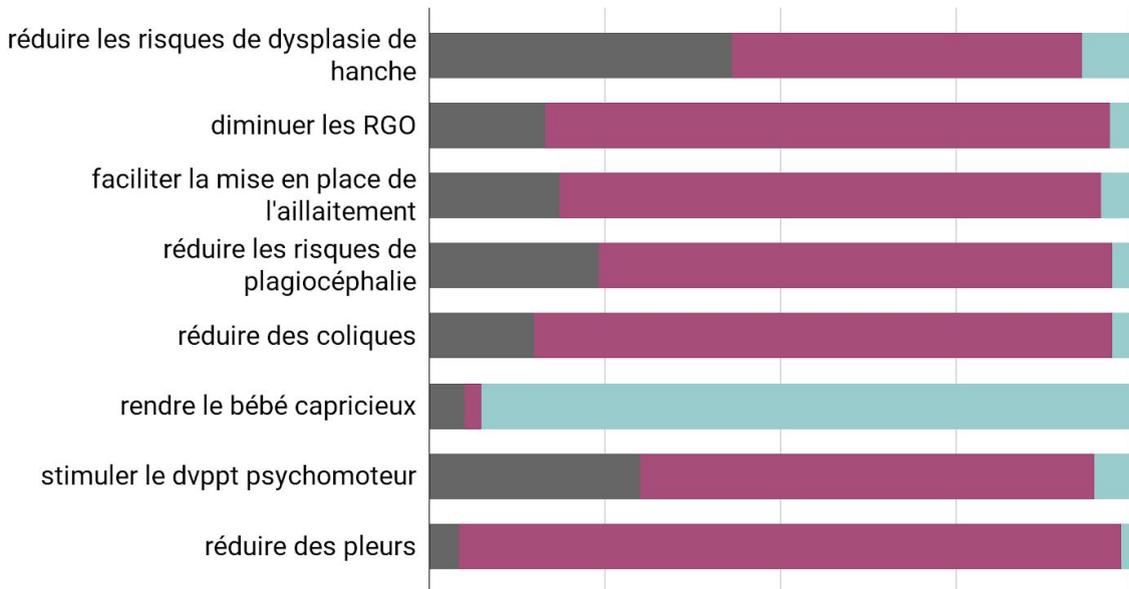


Figure 14 : “ Le portage peut ...” (suite)



Pour certaines affirmations, comme la réduction des pleurs, ou encore le lien enfant/parents, les femmes sont plus de 95% à penser que l'affirmation est vraie. D'autres réponses sont plus hétérogènes, comme celle concernant le risque pour l'enfant en cas de chute. En effet, pour cette question à peine 50% des femmes pensent que l'affirmation est vraie, l'autre moitié est répartie de manière égale entre celles qui ne savent pas, et celles qui pensent que l'affirmation n'est pas correcte. Il en est de même concernant le développement psychomoteur, la dysplasie des hanches et la régulation de la température du nouveau-né. Pour ces questions, les femmes sont nombreuses à affirmer ne pas connaître la réponse (entre 30 et 45%).

Nous avons regroupé les réponses des femmes dans le tableau ci-après, pour les différentes questions, nous avons ainsi pu comparer les réponses des femmes qui portent leur enfant ou non.

Seule une question n'admet pas de réponse significativement différente entre les deux groupes de femmes.

Pour toutes les autres questions, il y existe un lien statistiquement significatif entre la réponse apportée à la question et le fait de porter son enfant. On peut par exemple citer qu'il existe un lien statistiquement significatif entre le fait de penser que le portage favorise le lien mère-enfant et le fait de porter l'enfant.

Ce qui signifie que les femmes qui portent leur enfant semblent penser davantage que cela favorise le lien mère-enfant que celle qui ne portent pas leur enfant.

Tableau 2 : Variables croisées par rapport à la pratiques du portage

		total	portage non		portage oui		p-value
favoriser le lien mère/enfant	je ne sais pas	9	4	2.8%	5	0.45%	< 10 ⁻⁸
	vrai	1228	128	90.8%	1100	99.2%	
	faux	13	9	6.3%	4	0.36%	
	total réponses	1250	141		1109		
dysplasies de hanches	je ne sais pas	537	80	58%	457	41.2%	< 10 ⁻¹⁰
	vrai	621	36	26%	585	52.8%	
	faux	88	22	16%	66	6%	
	total réponses	1246	138		1108		
diminution du RGO	je ne sais pas	200	56	41.2%	144	13.2%	< 10 ⁻¹⁸
	vrai	985	71	50.2%	914	84.1%	
	faux	38	9	6.6%	29	2.7%	
	total réponses	1223	136		1087		
Facilite la mise en place de l'allaitement	je ne sais pas	210	37	29.6%	173	17.1%	0.0004
	vrai	874	79	63.2%	795	78.8%	
	faux	50	9	7.2%	41	4.1%	
	total réponses	1134	125		1009		
réduction de la plagiocéphalie	je ne sais pas	173	29	27.1%	144	23.5%	0.43
	vrai	528	77	72%	451	73.5%	
	faux	20	1	0.9%	19	3%	
	total	721	107		614		
réduction des coliques	je ne sais pas	168	43	34.7%	125	12.4%	< 10 ⁻¹⁹
	vrai	935	72	58.1%	863	85.4%	
	faux	31	9	7.2%	22	2.2%	
	total	1134	124		1010		
rendre le bébé capricieux	je ne sais pas	56	18	14.9%	38	3.7%	< 10 ⁻¹⁹
	vrai	28	15	12.4%	13	1.3%	
	faux	1052	88	72.7%	964	95%	
	total	1136	121		1015		
Stimule le développement psychomoteur	je ne sais pas	340	66	54.1%	274	27%	< 10 ⁻¹⁶
	vrai	734	38	31.1%	696	68.7%	
	faux	61	18	14.8%	43	4.3%	
	total réponses	1135	122		1013		

Est dangereux en cas de chute	je ne sais pas	304	42	32.6%	262	25.4%	< 10 ⁻⁸
	vrai	555	81	62.8%	474	45.9%	
	faux	302	6	4.6%	296	28.7%	
	total réponses	1161	129		1032		
réduction des pleurs	je ne sais pas	52	16	11.4%	36	3.3%	< 10 ⁻⁴⁵
	vrai	1174	114	81.4%	1060	95.8%	
	faux	20	10	7.2%	10	0.9%	
	total réponses	1246	140		1106		
procure une liberté de mouvement	je ne sais pas	84	21	14.9%	63	5.7%	< 10 ⁻¹⁸
	vrai	1057	84	59.6%	973	87.7%	
	faux	109	36	25.5%	73	6.6%	
	total réponses	1150	141		1109		
favoriser le lien père-enfant	je ne sais pas	37	10	9.2%	27	2.9%	< 10 ⁻⁷
	vrai	996	94	86.2%	902	97%	
	faux	6	5	4.6%	1	0.01%	
	total réponses	1039	109		930		
douleurs au dos même si bien réalisé	je ne sais pas	190	39	31.7%	151	14.8%	< 10 ⁻¹⁸
	vrai	142	34	27.6%	108	10.6%	
	faux	811	50	40.7%	761	74.6%	
	total réponses	1143	123		1020		
plus sensible au chaud et au froid	je ne sais pas	248	52	41.3%	196	19.2%	< 10 ⁻¹²
	vrai	96	21	16%	75	7.4%	
	faux	800	53	42.1%	747	73.4%	
	total réponses	1144	126		1018		
Connaissances des principes du portage	oui	1163	100	71,40%	1063	95%	< 10 ⁻¹⁵
	non	10	3	2,10%	7	0,60%	
	vaguement	89	37	26,40%	52	4,60%	
	total réponses	1162	140		1122		
Avis concernant le portage	négative	1	1	0,70%	0	0,00%	< 10 ⁻⁴⁴
	plutôt négative	20	13	9,30%	7	0,60%	
	plutôt positive	150	69	49,30%	81	7,2%	
	positive	1089	57	40,70%	1032	92,20%	
	total réponses	1260	140		1120		
Techniques différentes selon l'âge	oui	1145	122	86,50%	1023	91.1%	0.0006
	non	62	4	2,80%	58	5.2%	
	je ne sais pas	59	15	10,60%	42	3.7%	

	total réponses	1266	141		1123		
Âge minimum et maximum	oui	167	41	29,10%	126	11.2%	< 10⁻²⁴
	non	1011	63	44,70%	948	84,30%	
	je ne sais pas	88	37	26,20%	51	4,50%	
	total réponses	1266	141		1125		

4. Informations reçues et professionnels de santé

Figure 15 : Source de l'information concernant le portage

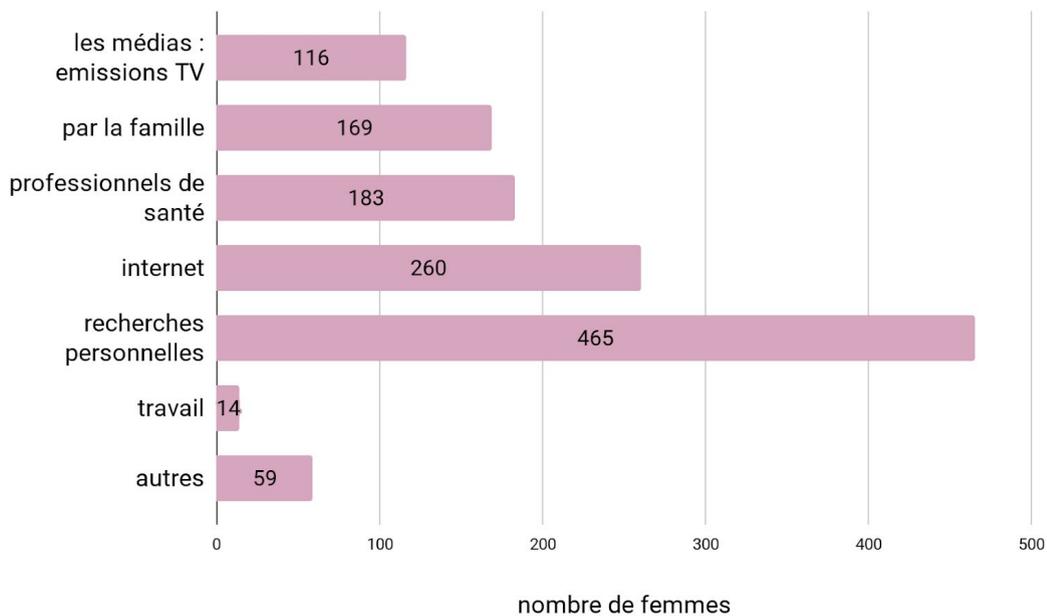
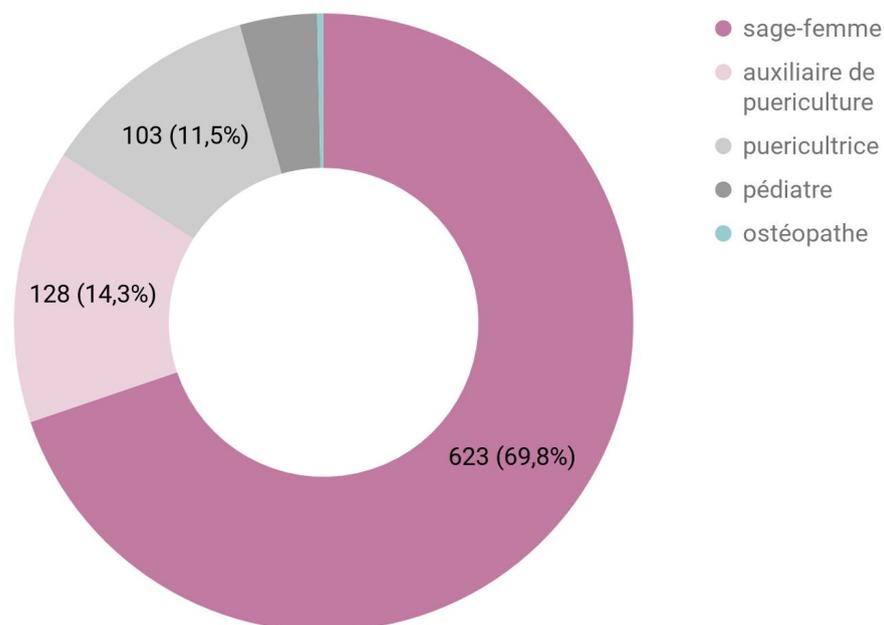
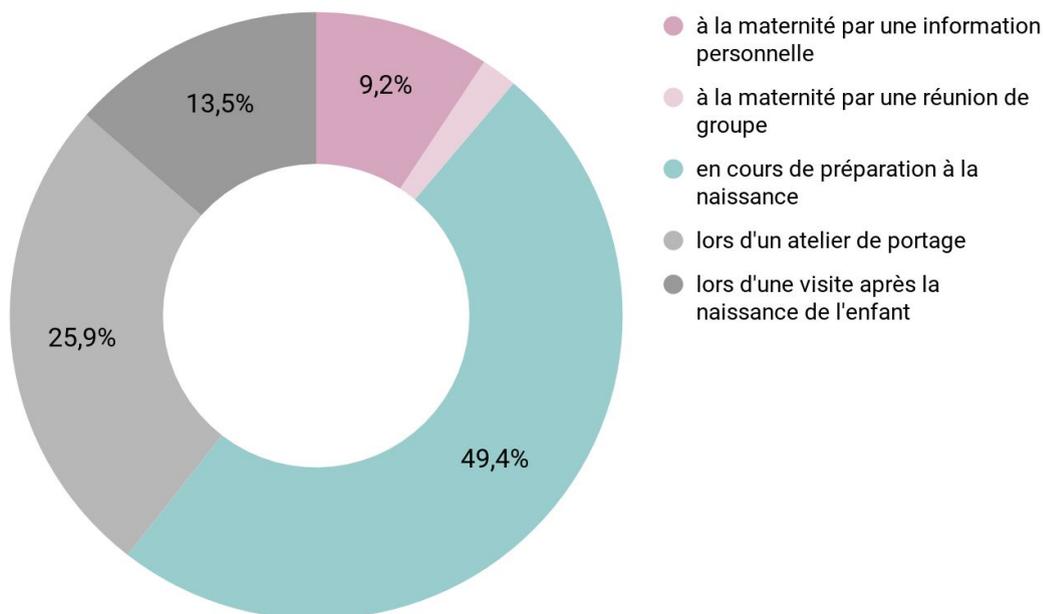


Figure 16 : Professionnels de santé ayant donné une information



Lorsqu'un professionnel de santé a donné une information, au moment de la première information ou par la suite, il s'agissait majoritairement d'une sage-femme.

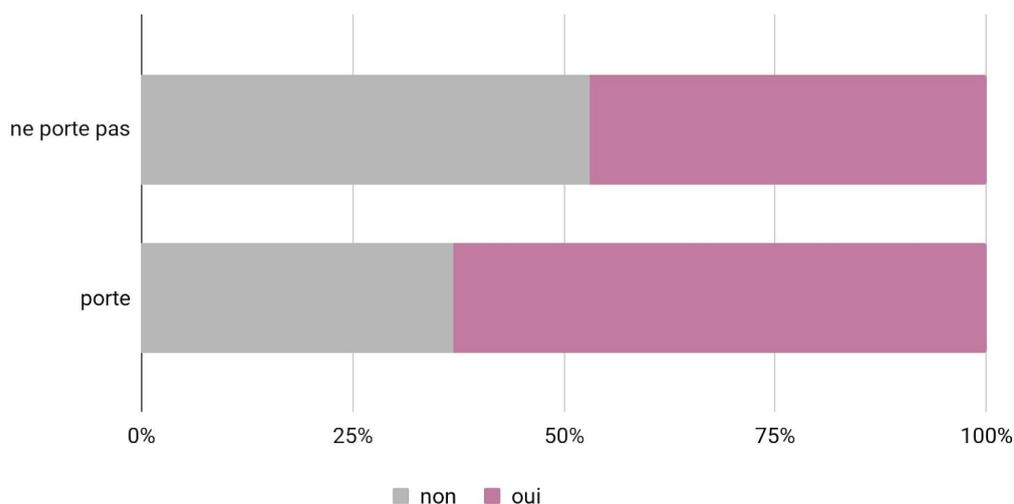
Figure 17 : Moment de l'information par le professionnel



Le moment principale où les femmes ont reçu l'information de la part d'un professionnel est la PNP.

Les femmes sont nombreuses à préciser que l'information par le professionnel a eu lieu après une information par un autre biais (internet, famille, ami(s)) notamment dans le cas des ateliers de portage.

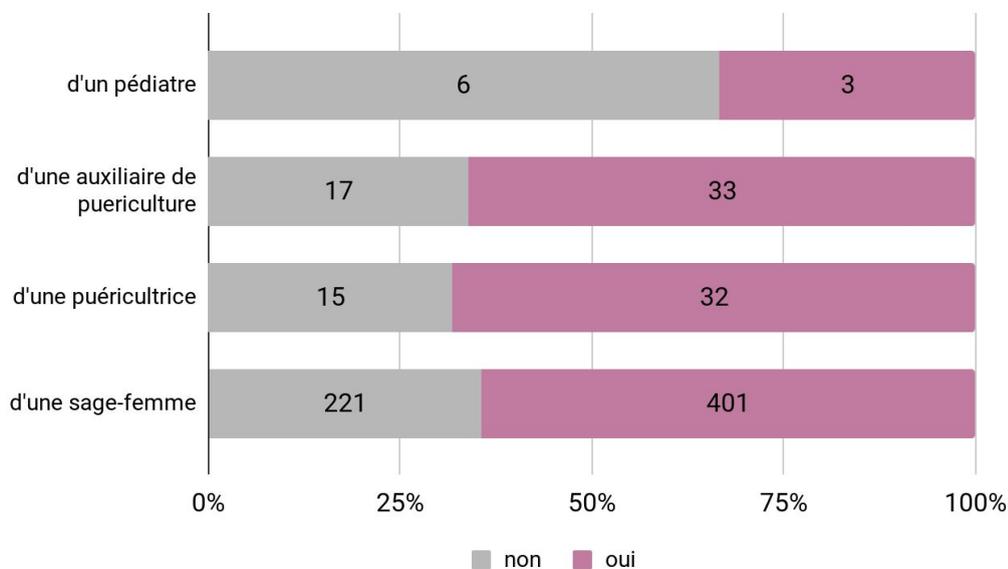
Figure 18 : Satisfaction des femmes concernant les informations données quel que soit le mode d'information (=1069)



Sur l'ensemble des femmes ayant répondu à la question, 61.4% d'entre elles ont considéré l'information reçue comme suffisante.

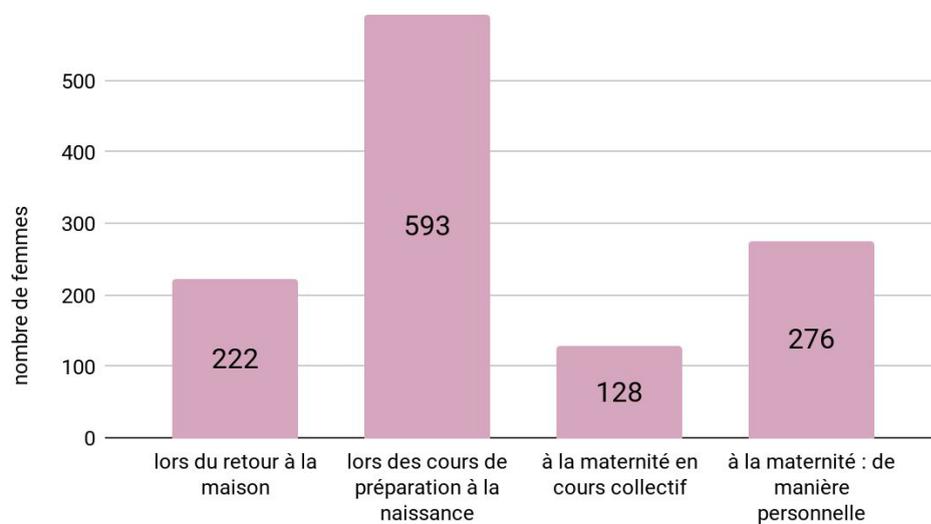
On peut remarquer que les femmes qui ne portent pas semblent significativement moins satisfaites par l'information qu'elles ont reçu (p-value=0.0007).

Figure 19 : Satisfaction des femmes concernant les informations données par un professionnel de santé (n=1069)



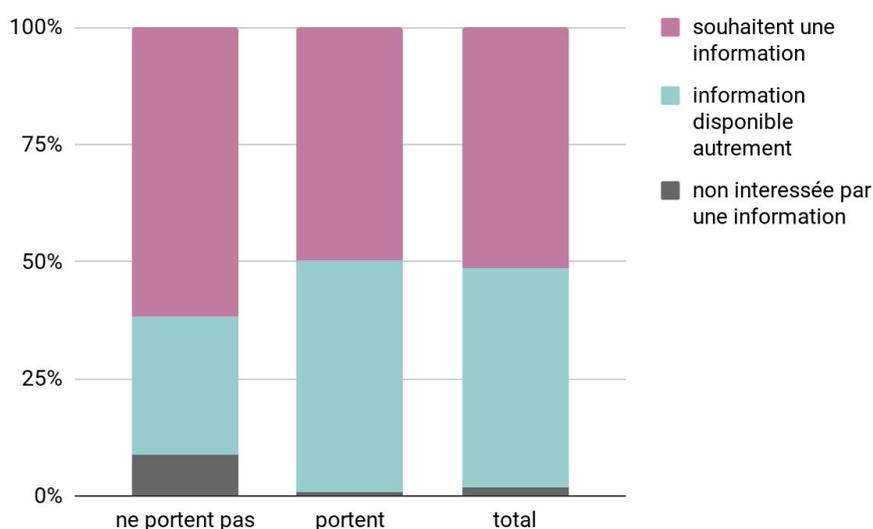
Lorsqu'il s'agissait de professionnels de santé, les informations étaient suffisantes à 50% en générale.

Figure 20 : Moment le plus adapté pour recevoir l'information selon les femmes (NR=47)



Près de la moitié des femmes de l'échantillon (48,6%) pensent que le moment le plus adapté pour recevoir une information sur le portage serait les cours de PNP. Elles sont ensuite 33% à penser que la maternité serait un moment approprié.

Figure 21 : Souhait d'une information délivrée par un professionnel de santé



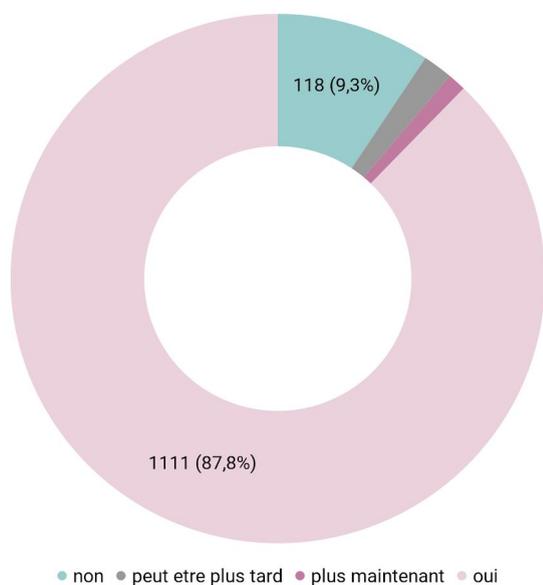
La moitié des femmes de notre échantillon (51.4%) pense qu'il serait intéressant de recevoir une information de la part d'un professionnel de santé. L'autre partie ne le souhaite pas, en grande partie car elles trouvent que l'information est disponible par d'autres moyens(46.7%).

Les femmes qui ne portent pas leur enfant ont répondu significativement plus ($p < 10^{-7}$) qu'elles souhaiteraient une information par un professionnel de santé par comparaison aux femmes qui portent leur enfant.

5. Pratique du portage

5.1 Population concernée

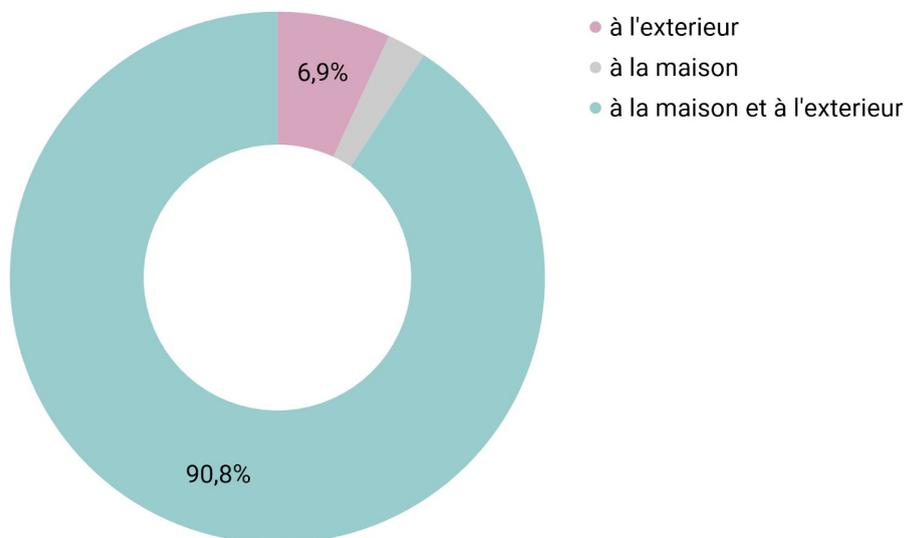
Figure 22 : Représentation de la pratique du portage dans notre population (n=1266)



La figure reprend les réponses des femmes concernant leur pratique ou non du portage. Au total 88,9% des femmes portent actuellement leur enfant où l'ont porté.

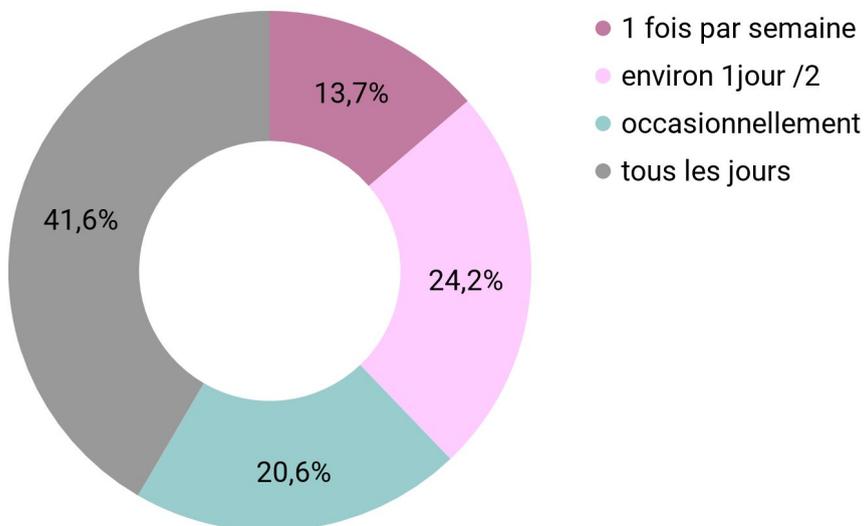
5.2 Utilisation

Figure 23 : Lieu de pratique du portage



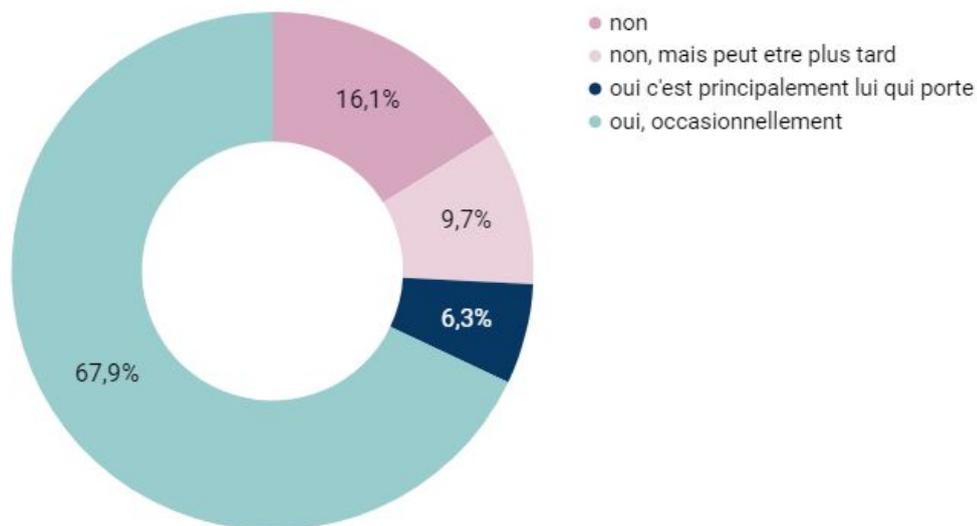
Les femmes sont moins de 10% à ne porter que dans un seul contexte, à la maison ou à l'extérieur seulement.

Figure 24 : Fréquence de la pratique du portage



Elles sont près de 66% à porter leur enfant plusieurs par semaines.

Figure 25 : Pratique du portage par le conjoint (NR=21)

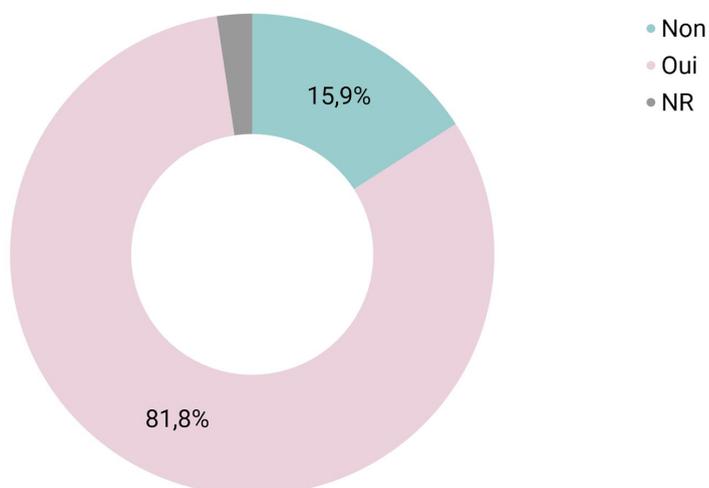


Le père est inclu dans la pratique du portage dans plus de 70% des cas.

Concernant **l'âge de début** du portage 64.2% (n=722) femmes ont répondu porter leur enfant **depuis la naissance**. Au total elles sont 77.1% (n=867) à avoir commencé à porter avant l'âge d'un mois. La moyenne est d'environ 15 jours, avec un maximum à 12 mois

L'âge moyen de **l'arrêt** du portage est de 10 mois, avec un maximum à 20 mois et un minimum à 2 mois. En gardant à l'esprit que certaines femmes ayant répondu au questionnaire portaient encore au moment de leur réponse.

Figure 26 : Portage de l'enfant précédent

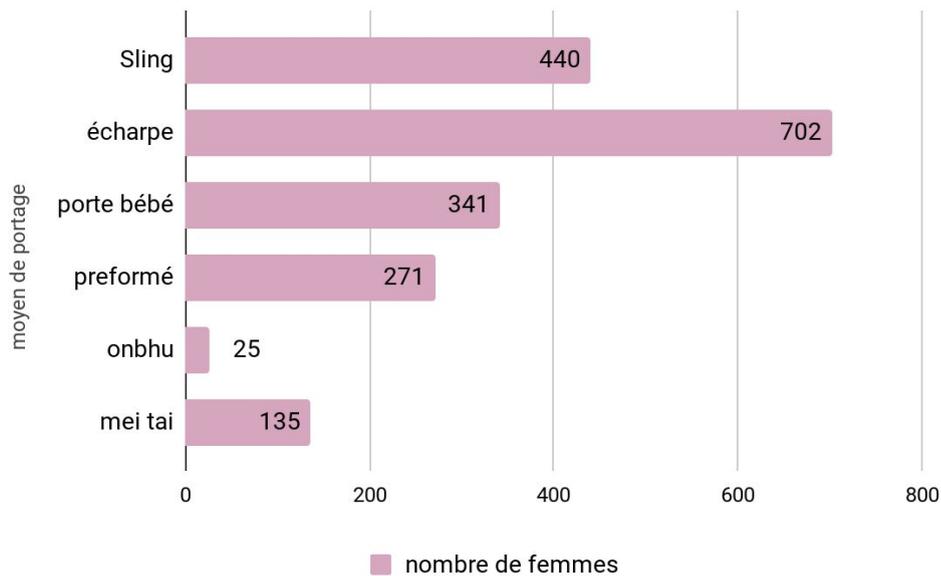


Parmis les multipares (n=598), les femmes n'ayant pas porté leur(s) aîné(s) sont peu nombreuses.

5.3 - Moyens de portage : choix et achat

Figure 27 : Types de moyens utilisés

Les femmes utilisant un porte-bébé arrivent en 3ème position, cependant nous ne



savons pas s'il s'agit de moyens physiologiques ou non.

Si nous y ajoutons les autres types de porte-bébé (préformé, onbhu, mei tai), il s'agit de la technique de portage la plus utilisée (n=772).

Figure 28 : Nombre(s) de moyen(s) de portage utilisé(s) par les femmes(n=1021)

Pour la majorité d'entre elles, elles n'ont qu'un seul moyen de portage. Il s'agit d'une écharpe ou d'un sling.

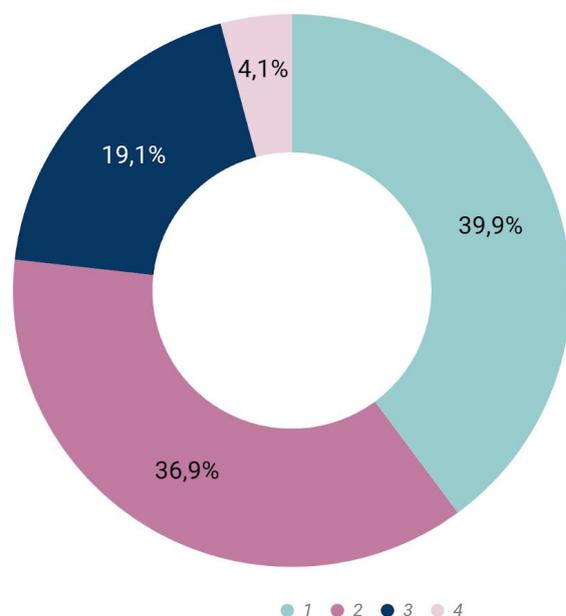
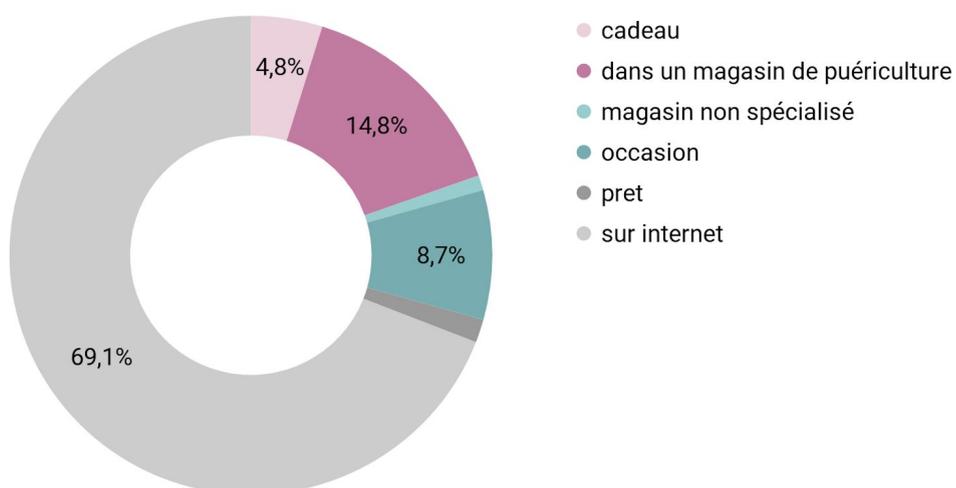


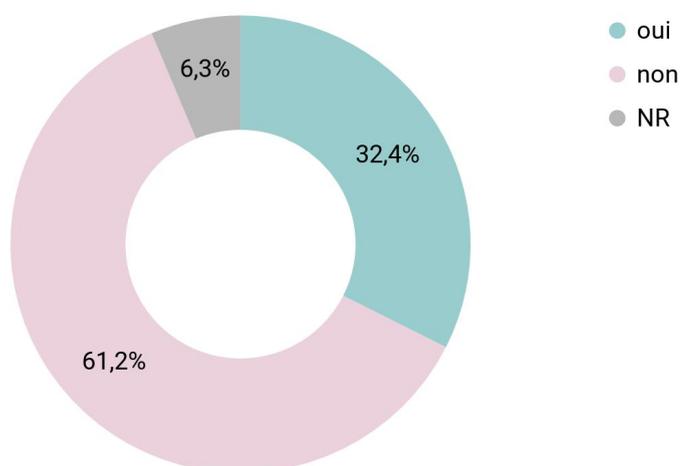
Figure 29 : lieu d'achat



Elles sont nombreuses à avoir acheté leur moyen(s) de portage sur internet. 3 d'entre elles l'ont acheté à une couturière.

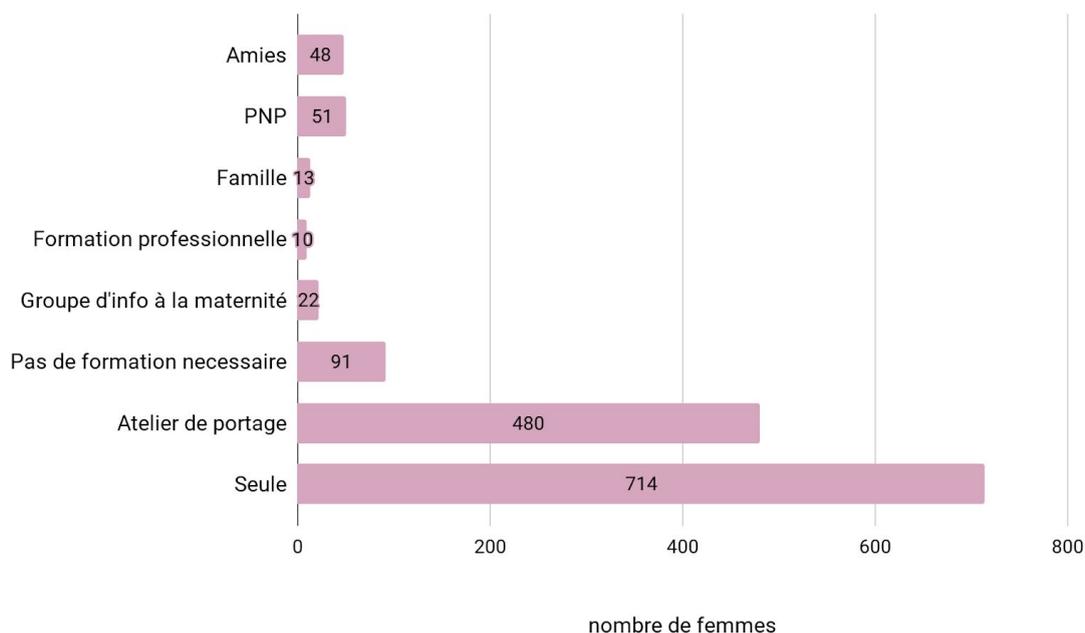
Concernant **le coût du moyen de portage**, il est en moyenne de 77 euros (max : 350, min : 10, médiane : 70 euros)

Figure 30 : Information(s) reçue(s) par un vendeur lors de l'achat du moyen de portage



Les femmes de notre échantillon, n'ont pour la plupart, pas reçu d'information de la part d'un vendeur lors de leur achat.

Figure 31 : Moyen de formation



Les femmes estiment s'être formées principalement seules à la technique de portage.

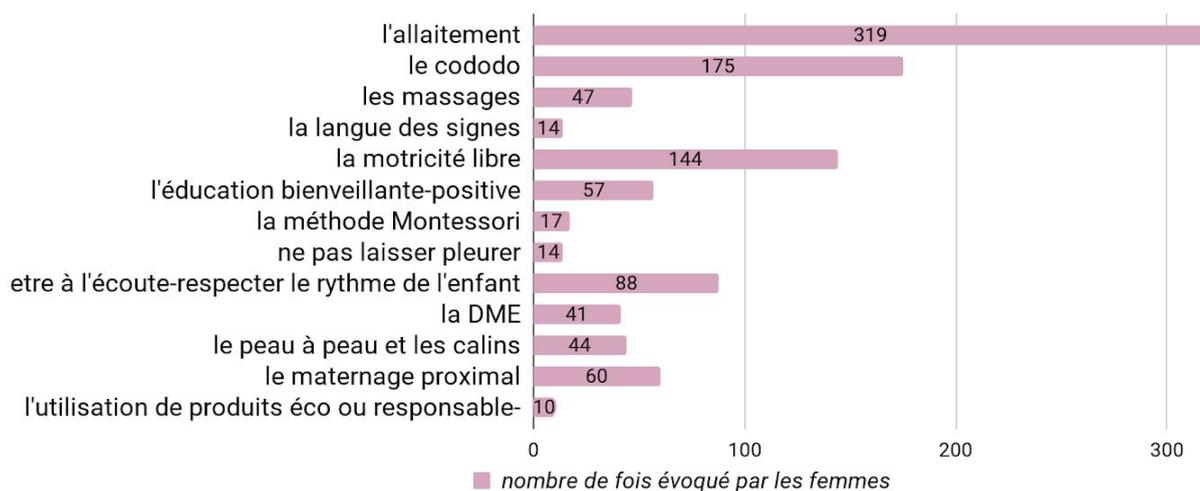
5.4 - Retour d'expérience des femmes

Figure 32 : Effet(s) remarqué(s) par les femmes chez leur enfant



Elles sont nombreuses à avoir trouvé un effet positif sur le comportement de leur enfant, ces effets semblent proches pour certains, tels que les adjectifs: "apaisé", "calme", "serein". D'autres effets, moins nombreux sont par exemple un effet positif sur la complicité avec l'enfant (n=2), ou le fait que l'enfant observe ce qui l'entoure (n=3).

Figure 33 : Autres pratiques importantes pour les femmes



Voici ce que nous ont répondu les femmes lorsque nous leur avons demandé quelles autres pratiques étaient importantes à leur yeux concernant les soins ou l'éducation de l'enfant en général.

Certaines pratiques étaient moins représentées comme l'hygiène naturelle infantile (n=2) et l'emballage (n=5) elles ne sont pas représentées dans le tableau pour plus de lisibilité.

A la dernière question "*parlez-moi de votre expérience du portage*" (annexe III), les femmes ont répondu majoritairement par des termes comme "magique", "super", "je recommande", "devenu une grande passion", "j'adore".

En second lieu nous pouvons nous intéresser à ce qu'elles ont ressenti **vis-à-vis du regard des autres**. En effet, à plusieurs reprises elles expriment le fait d'avoir reçu des critiques ou des jugements de la part de leur famille ou de leur entourage. On leur a souvent dit que l'enfant sera "capricieux", qu'elle portait trop, que le bébé allait "s'habituer". Elles ont également ressenti des regards jugeant provenant de l'extérieur.

Concernant **les avantages quotidiens** liés à la pratique du portage, celui qui est rapporté le plus souvent est le fait de pouvoir réaliser ses activités quotidiennes en compagnie du bébé, notamment de pouvoir s'occuper des aînés. Certaines femmes parlent également de la place du père facilitée dans un contexte d'allaitement. Elles expriment notamment à plusieurs reprises le fait que le portage soit plus pratique qu'une poussette par exemple, et le fait que le nouveau-né soit moins sujet au désagrément des lieux publics "pour les coups de sac à main, les cigarettes et les gaz d'échappement notamment"

Le fait de pouvoir retrouver plus facilement une **vie sociale** est évoquée également.

Les femmes sont nombreuses à regretter ne pas avoir porté assez tôt, ou de ne pas avoir assez porté faute d'informations et de personne pouvant l'aider à la mise en place du moyen de portage.

Lorsque les femmes évoquent **leurs difficultés** : elles expriment tout d'abord la complexité de mettre en place le portage les première fois, et également la difficulté pour choisir un moyen de portage adapté "il a tellement de choix qu'on s'y perd".

En ce sens, certaines femmes ont conscience que le portage physiologique doit être préconisé et trouve "inadmissible" de voir encore des portes bébé non-physiologiques utilisés et vendus par les marques.

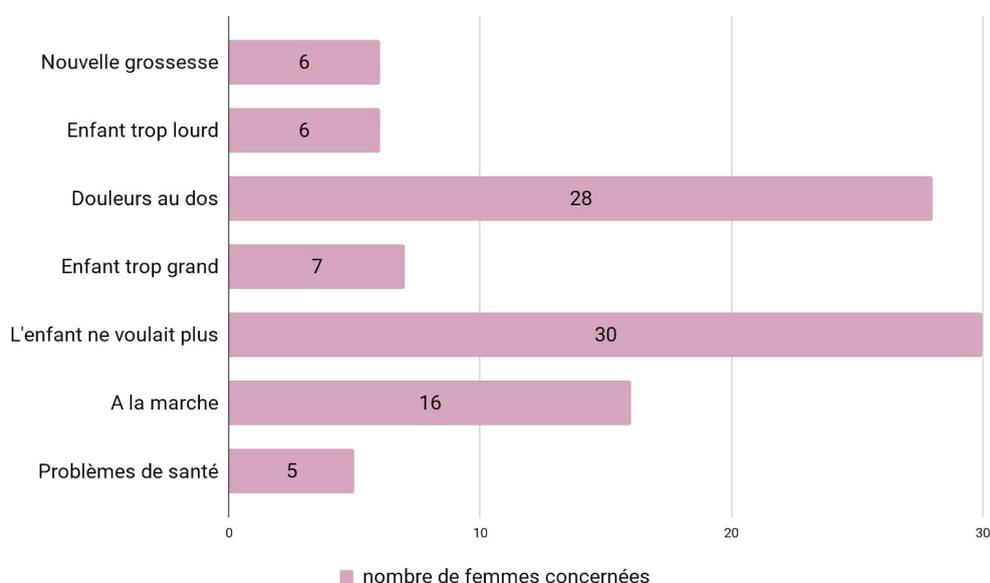
Pour terminer, certaines femmes mentionnent la transmission du savoir faire, lorsque les enfants portent ensuite leur frère/soeur, ou leurs poupons. Lorsque les femmes ont appris à porter lorsqu'elles étaient petites et portent aujourd'hui leur enfant.

A noter que certaines femmes se sont ensuite formées pour devenir monitrice de portage.

6. Arrêt du portage

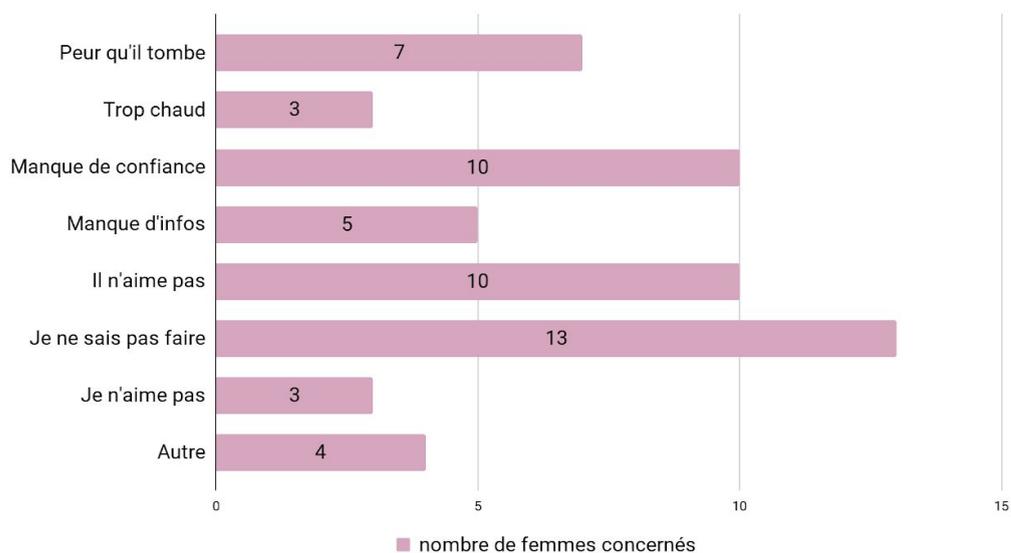
La question était destinée aux femmes ne portant pas leur enfant. Cependant les femmes ayant porté leur premier enfant ont répondu tout de même à la question de telle sorte qu'elles ont expliqué pourquoi elles avaient arrêté à leur précédent enfant, ou pour cet enfant devenu trop grand par exemple. Nous avons donc également exploité ces résultats.

Figure 34 : Cause(s) d'arrêt du portage



Tout d'abord, si nous nous intéressons aux femmes ayant porté leur enfant sur une période importante, la majorité a arrêté par souhait de l'enfant ou à cause de son âge, amenant un poids trop important, et par ce fait des douleurs.

Figure 35 : Causes de non poursuite de la pratique du portage par les femmes qui ont essayé (n=55)



Certaines causes sont revenues moins souvent mais il semble important de les énoncer tout de même. On retrouve la complexité du fait d'avoir des jumeaux, le fait d'avoir une forte poitrine ou encore les pathologie pédiatriques telles que l'hypotonie ou l'hypertonie.

PARTIE III : DISCUSSION

A - FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE

1. Représentativité de la population

Dans cette partie nous allons tenter de voir si la population de notre échantillon semble représentative de la population générale. Pour se faire, nous nous aiderons des chiffres de l'enquête périnatale de 2016 [9].

Concernant **l'âge des femmes**, les chiffres ne sont pas tout à fait les mêmes mais les proportions sont respectées. En effet, la classe d'âge la plus représentée est celle des 25-35 ans, et la moins représentée est celle des moins de 25 ans.

	Population étudiée	Population générale (EPN 2006)
< 25ans	8.9%	13.6%
25-35 ans	74.1%	65.1%
>35 ans	17%	21.3%

On peut ensuite s'intéresser au **pays de naissance des femmes**. Il semble qu'il y ait dans notre échantillon un nombre de femmes nées en France supérieur à la population générale. Il en est de même pour les femmes nées dans d'autres pays d'Europe. En ce qui concerne les pays d'Afrique, notre échantillon n'est pas représentatif, en effet la proportion de femmes nées en Afrique est inférieure à celui de la population générale.

	Population étudiée	Population générale (EPN 2006)
France	89.8%	81.4%
Autre pays d'europe	5.4%	3.9%
Afrique du Nord	0.6%	7.0%
Autre pays d'afrique	0.24%	4.7%
Autres pays	3.5%	3.0%

Concernant le **niveau socio-professionnel** des femmes, si l'on s'intéresse tout d'abord au niveau scolaire, les femmes de notre échantillon ont un niveau scolaire supérieur à la population générale, avec 65.9% des femmes ayant un niveau supérieur au BAC. Concernant les femmes sans diplômes, les chiffres sont proches.

<i>Tableau 5 : Niveau d'étude</i>		
	Population étudiée	Population générale (EPN 2006)
Niveau > BAC	65.9%	55.1%
BAC	15.2%	21.7%
< BAC (brevet, CAP,BEP)	11.2%	21.3%
AUCUN	1%	1.6%

Ensuite, concernant la **situation professionnelle** au moment de l'étude, les femmes de notre échantillon sont plus nombreuses à avoir une activité professionnelle, les autres catégories (sans emploi, étudiante, femme au foyer) en sont réduites d'autant.

<i>Tableau 6 : situation professionnelle</i>		
	Population étudiée	Population générale (EPN 2006)
En emploi	90.3%	68.1%
Femme au foyer	4.6%	12.1%
Etudiante	1.3%	2.1%
Sans emploi	3.8%	16.8%

Lorsque l'on s'intéresse à la répartition des catégories professionnelles des femmes en activité, elle est à plusieurs niveaux représentative de la population générale. Cependant la proportion de cadre est un peu supérieur à la moyenne nationale.

<i>Tableau 7 : catégorie professionnelle</i>		
	Population étudiée	Population générale (EPN 2006)
Agricultrice	0.7%	0.4%
Artisan, commerçant	5.7%	3.1%
Cadre	22.2%	13.3%
Profession intermédiaire	40.7%	40.3%
Employé	29.8%	29.3%
Ouvrier	1.0%	2.3%

Concernant la parité, les proportions de femmes multipares ayant 3 enfants ou plus, sont proches de la population générale, cependant, concernant les femmes primipares, elles sont moins nombreuses que dans la population générale.

<i>Tableau 8 : Parité</i>		
	Population étudiée	Population générale (EPN 2006)
1	48.2%	61.6%
2	35.9%	24.78%
3	11.3%	8.35%
>3	4.6%	5.25%

Pour terminer, si l'on considère les autres critères étudiés dans notre étude, les femmes sont représentatives en ce qui concerne la vie de couple, les traitements liés à l'infertilité ou encore le poids moyen de l'enfant à la naissance .

On observe une différence importante concernant le taux de femmes pratiquant l'allaitement.

<i>Tableau 9 : autres paramètres étudiés</i>	Population étudiée	Population générale (ENP 2016)
Vie en couple	95.4%	94.8%
Traitement de l'infertilité avant la grossesse	6.8%	6.9%
Prématurité	11.2%	7.5%
Allaitement	85.1%	66.7%
Poids moyen	3 311	3 246

Pour conclure concernant la représentativité de notre population, il semble qu'elle soit proche de la population générale lorsqu'il s'agit de l'âge, de la situation familiale, ainsi que le recours à une aide médicale à la procréation. Cependant il existe une différence concernant la parité, l'âge, la situation professionnelle.

2. Faiblesses de l'étude

Dans ce mémoire certains biais ont été mis en évidence.

Il existe tout d'abord un **biais de sélection**. En effet même si les réponses au questionnaire ont été nombreuses, on peut remarquer que les femmes ne portant leur enfant ne se sont pas senties concernées par le questionnaire.

Nous avons tenté de prévenir ce biais en précisant que le partage du questionnaire sur des groupes destinés exclusivement au portage n'était pas souhaitable, cependant nous ne pouvons pas être sûr que cela a toujours été respecté.

Par ce fait, le pourcentage de femmes qui portent leur enfant comparé à celles qui ne le font pas n'est pas interprétable.

Secondairement il existe également un **biais déclaratif**, c'est-à-dire que les femmes répondent au questionnaire comme elles l'entendent et certaines questions ont pu être mal

comprises. De plus certaines réponses ont pu être affectées par un biais de mémoire. Cependant ce biais est réduit du fait d'avoir limité les réponses aux femmes ayant accouché il y a moins de deux ans.

Après analyse des différentes questions et recherches concernant le sujet, nous pouvons nous rendre compte que certaines questions auraient pu être améliorées ou ajoutées. Nous aurions par exemple pu demander l'âge précis de la mère plutôt que de créer des classes d'âges, ce qui nous aurait permis de calculer une moyenne. Ce qui n'a pas été possible ici. Il aurait également été intéressant de demander aux femmes quel est leur environnement quotidien, c'est à dire si elles habitent en ville ou bien à la campagne, car c'est un critère qui peut influencer sur les moyens de déplacement de la mère et donc des moyens utilisés pour l'enfant.

3. Atouts de l'étude

La facilité d'accès du questionnaire via internet a permis à un grand nombre de femmes de répondre à cette enquête. Ce grand nombre de femmes nous permet par exemple d'avoir une grande représentation des femmes qui portent leur enfant, et de leur enthousiasme vis-à-vis de la pratique. Nous pouvons ainsi étudier convenablement leur pratique.

B - ANALYSE

1. Analyse des résultats et retour sur les hypothèses

1.1 Retour sur les hypothèses de départ

★ *Il n'y pas de profil particulier pour porter son enfant.*

Concernant cette première hypothèse nous pouvons apporter comme nuance que certains facteurs semblent statistiquement influencer le fait que la femme porte son enfant. On a pu mettre en évidence ici que le fait d'allaiter son enfant, d'avoir eu un enfant hospitalisé ou d'avoir un niveau supérieur au BAC semble avoir une influence positive sur le fait de pratiquer le portage. Même si nous retrouvons dans toutes les classes sociales et tous les critères étudiés des femmes pratiquant le portage.

★ *Il existe des idées reçues fausses sur le sujet.*

En effet on peut se rendre compte qu'il existe encore des idées reçues sur le fait de porter son enfant ou plus globalement sur le fait de répondre aux demandes d'un nouveau-né. Nous nous en sommes rendu compte via le questionnaire ainsi que par les retours d'expérience des femmes. Elles sont 2.5% à le penser et également à ne pas savoir si l'affirmation est correcte. Nous pouvons citer une étude de 1990 dans laquelle Anisfeld [10] précise que le portage n'influence pas sur le tempérament de l'enfant. C'est-à-dire qu'il y avait autant d'enfants difficiles dans chaque groupe (témoin et contrôle).

★ **Les femmes souhaiteraient recevoir plus d'information de la part d'un professionnel concernant les techniques de portage possible.**

Pour ce dernier point on a pu se rendre compte que quel que soit le moyen d'information, les femmes le considèrent insuffisant dans 48% des cas. Elles sont 50% à vouloir être informée par un professionnel de santé.

1. 2 Pratique du portage

88.9% des femmes de notre population portent ou ont porté leur enfant au moment où elles ont répondu au questionnaire. Au vu des données sur l'allaitement ne correspondant pas à la population générale, nous ne pouvons pas extrapoler ce résultat à plus grande échelle.

78% des femmes *ont commencé à porter* leur enfant dès le premier mois. Cette notion d'âge où l'on commence le portage paraît importante pour pouvoir mettre en place une information au bon moment. De plus, cela semble une bonne chose car le dos du porteur s'habitue et se muscle d'abord à un petit poids, avant de s'adapter à la croissance de l'enfant. Le porteur a ainsi moins de risques de développer des pathologies au niveau du dos [11].

Concernant *l'âge de l'arrêt*, il est beaucoup plus varié. Et les causes sont assez faciles à entendre telles que le moment de l'apprentissage de la marche par l'enfant, son autonomie, son âge, son poids trop important pour la mère. Car il faut être objectif sur le fait que même si le portage est bien effectué, il arrive un moment où le poids trop important de l'enfant crée inévitablement des douleurs.

Le coût du matériel de portage est assez variable, en effet certaines femmes possèdent de multiples moyens de portage, et en ont au total pour une somme importante, alors que d'autres femmes ont acheté seulement une écharpe d'occasion par exemple. Si nous calculons la moyenne de prix pour celles ayant mis seulement le montant d'une technique individuelle, elle est de 70 euros. Plus globalement la fourchette de prix va de 10 euros à plus de 200 euros. Nous pouvons comparer cette somme au prix moyen d'une poussette qui est d'environ 100 euros pour une poussette simple (poussette canne) et de 300 euros minimum pour une trio (nacelle, coque, hamac) Les femmes portent quel que soit l'endroit (90%) et la majorité d'entre elles portent plusieurs fois par semaine (>60%). Elles utilisent majoritairement l'écharpe de portage et possèdent 1 ou 2 types de portage en moyenne.

1. 3 Bien être maternel

Pour commencer, les femmes de l'étude nous ont rapporté de nombreuses fois leur sentiment de bien-être ou de satisfaction concernant la pratique du portage. Il s'agit simplement du **plaisir** à effectuer le portage. Comme le montrent les études effectuées concernant le KC, le portage favorise le sentiment de compétence des mères. Celles-ci déclarent être moins stressées, avoir beaucoup plus confiance en elles-mêmes, être plus épanouies qu'avec les soins traditionnels. De ce bien-être personnel découlent en partie les autres bienfaits que nous allons décrire dans cette partie.

Premièrement, selon la littérature, nous retrouvons que les mères qui portent leur enfant comparativement à un groupe témoin, ont des scores d'évaluation sur des échelles de **dépression**, significativement plus faibles [12]. Le contact peau à peau ou le portage pendant la période du post-partum réduit les symptômes de dépressions du PP ou de troubles anxieux[12], notamment par la libération d'ocytocine [13]. *Dans le cas de la*

dépression du PP, le portage peut également aider les nouveau-nés à compenser les effets néfastes de la pathologie (expressions faciales et vocales pauvres) sur les interactions avec leur mère. C'est-à-dire qu'il permet de ne pas entraver la mise en place du lien mère-enfant et la réponse aux besoins primaires [14; 15]. On peut comme exemple citer une femme de notre étude : "Cela m'a permis de me remettre d'une dépression post partum pour mon 1er et je ne pouvais pas envisager un autre bébé sans portage".

Deuxièmement, le portage semble apporter une **liberté de mouvement** pour les femmes. De premier abord c'est ce que nous pouvons penser, en effet, par fait que l'enfant soit maintenu par un système approprié, permet à la femme, de ne pas l'avoir en permanence à bras, sans pouvoir vaquer à ses occupations. C'est ce que reflètent les réponses des femmes. Près de 90% d'entre elles le pensent et le justifient ensuite dans les questions ouvertes, que ce soit pour le but premier qui les a conduit à porter ou ce qu'elles ont éprouvé en pratiquant. Leur réponse est parfois très exhaustive comme nous avons pu le voir, lorsqu'elles répondent que le portage "à sauver ma vie sociale", leur a permis de s'occuper de l'enfant précédent, de créer moins de jalousie ou encore de reprendre le travail à la maison sans retentissement. A cela elles ajoutent que le portage "s'est décidé tout naturellement en voyant combien les poussettes sont encombrantes dans un milieu bondé, dans laquelle l'enfant est à hauteur "idéale" pour les coups de sac à main, les cigarettes et les gaz d'échappement notamment" ou encore "D'éviter les contaminations dans les lieux publics (les personnes ont moins tendance à toucher le bébé s'il est en portage que dans un cosy/poussette)". Nous avons ici deux notions, le faible encombrement du moyen de portage qui permet à la femme de se déplacer facilement en dehors de chez elle et la protection de l'enfant de l'extérieur. En effet dans certaines situations, en ville par exemple, se déplacer avec une poussette peut parfois être compliqué (largeur des trottoirs, marches, transport en commun).

Pour terminer, nous pouvons faire un lien entre l'allaitement maternel et le portage. Même si nous ne pouvons pas mesurer l'impact positif via notre étude. On remarque que pour de nombreuses femmes de notre population, la pratique de l'allaitement est importante, et que la majorité pense que le portage peut faciliter sa mise en place. Dans la mesure où le portage comme le peau à peau favorise les contacts fréquents et réguliers il peut **faciliter la mise en place de l'allaitement** et contribuer au cours des semaines, à favoriser une production de lait pérenne. C'est ce que montrent les études réalisées en néonatalogie [16] ou encore celles concernant la proximité mère-enfant et la mise en place de l'allaitement [17]. Il semblerait également que le portage puisse aider dans un contexte de difficultés de mise en place de l'allaitement chez des nouveau-nés à terme [18]. Ce pourrait donc être un recours supplémentaire pour des difficultés de mise en place de l'allaitement en SDC ou dans les premières semaines du post-partum.

De plus, certains modes de portage permettent d'allaiter sans sortir l'enfant du porte-bébé. Ce qui permet une mise en place rapide, et un moyen pour la mère de se cacher du regard des autres si elle le souhaite.

1. 4 Effets sur le nouveau-né :

Les **effets rapportés** par les femmes concernent en grande partie le comportement du nouveau-né, les mots énoncés spontanément le plus souvent sont : "calme", "apaisé", "serein" ; en effet, ce sont des effets qui ont pu être démontrés par des études cliniques sur l'homme et l'animal [19]. Les termes liés au sommeil sont revenus à de nombreuses reprises également. En effet, le portage favorise le sommeil du nouveau-né par plusieurs mécanismes : il rassure le bébé par le contact avec le porteur, son odeur, ses mouvements

respiratoires et son rythme cardiaque le bercent, car ce sont des choses qu'il connaissait in utero. De cette manière, il se sent en sécurité. Comme le montrent les études, dans le cadre des KC, ils permettent un temps de sommeil calme augmenté, une régularité respiratoire accrue, des cycles plus longs [13]. Concernant les nouveau-nés à terme, seules des études sur la proximité du sommeil ont été réalisées, dans lesquelles nous pouvons voir que le partage de la chambre est bénéfique pour le sommeil du nouveau-né [20]. La proximité avec la mère est donc quelque chose de favorable pour le sommeil de l'enfant.

Les femmes sont nombreuses à évoquer **un effet positif sur les pleurs**. A l'affirmation "le portage peut diminuer les pleurs" elle répondent en majorité "vrai". A l'image des observations des femmes, les études vont également dans le sens où la pratique du portage permet de réduire les pleurs qu'il s'agisse de la « prévention » des pleurs ou lors des crises de pleurs [19]. Une étude montre qu'une période de portage supérieur à trois heures par jour, permet de supprimer le pic de pleurs qui apparaît vers six semaines de vie [21]. Associé à cela, il existe une réduction de 43% des pleurs et des agitations à six semaines de vie. A noter que la baisse des pleurs n'entraîne pas de différence au niveau des cycles de sommeil ou de l'alimentation, mais augmente seulement les périodes d'éveil calmes. Les pleurs du bébé constituent le facteur déclenchant principal du syndrome du bébé secoué. Nous pouvons émettre la supposition, que la réduction des pleurs serait ainsi un facteur protecteur contre le SBS [22].

Concernant la **plagiocéphalie**, les femmes pensent à près de 70% que la pratique du portage peut diminuer son apparition. Il faut savoir qu'il n'y a pas eu d'étude sur le sujet, qui nous permettrait d'affirmer cela. Il faut rappeler que concernant la prévention de la plagiocéphalie ce qui est important est de maintenir le couchage sur le dos strict, et favoriser les temps d'éveil en motricité libre ou de mouvements sur le ventre, pour que l'enfant ne soit pas tout le temps à plat dos. Le portage peut donc être proposé en ce sens, pour limiter les temps d'appui sur le crâne [23]. Mais en tant que professionnel nous ne pouvons pas affirmer aux femmes que cela réduit le risque de développement d'une plagiocéphalie.

D'autre part, les avis des femmes sont en faveur d'un effet positif du portage vis-à-vis des coliques et des RGO, que ce soit sur le questionnaire à choix multiples où leurs paroles : "M'a beaucoup aidé pour les coliques et reflux" ou encore "Nous avons commencé à porter car notre fils souffre d'un RGO sévère et ne supportait pas d'être posé. C'est très important pour nous cela le soulage vraiment". Cela fait également partie des motivations pour lesquelles les femmes ont débuté le portage. Jusqu'à 20 % des nouveau-nés seraient concernés par les coliques et les RGO qui concernent également jusqu'à 60% d'entre eux ce qui en fait des pathologies courantes du nouveau-né, même si aucune cause ne peut être évoquée clairement dans la plupart des cas de coliques [24]. Concernant l'effet du portage, il semble adapté physiologiquement à ces 2 situations, par la position du bébé contre sa mère (ou son père) qui peut ainsi créer un massage continu du ventre à ventre, ou encore être dans une position verticale. Cependant, pour ces 2 points la littérature ne nous permet pas d'en affirmer les bienfaits.

Concernant **les coliques**, les données scientifiques ne montrent pas d'effets positifs de la méthode voire même l'inverse. Une première étude trouvée sur le sujet, n'a pas permis de montrer la supériorité du portage pour soulager les coliques. Le temps de pleurs n'étant pas réduit. Toutefois, elle montre une expulsion de selles, plus fréquente et donc une élimination facilitée chez les nouveau-nés portés sur un temps plus important. On pourrait donc penser que même si les pleurs n'ont pas été significativement réduits, le portage a pu

avoir un effet bénéfique. De plus il existe un biais important dans cette étude, du fait que, face aux pleurs de leur enfant durant les coliques, les parents prennent souvent leur enfant dans les bras, ce qui rend peut-être équivalent le temps que l'enfant passe auprès de son parent, même s'il n'utilise pas de moyen de portage à proprement parler. En revanche, une seconde étude montre que le fait de ne pas sur stimuler l'enfant semble plus bénéfique à la réduction des pleurs liés aux coliques[25].

Il en est de même pour les **reflux gastro-oesophagiens**, pour lesquels nous ne retrouvons aucune littérature. Les seules informations retrouvées concernent la position de couchage des nouveau-nés en cas de RGO. Dans ces recommandations, il n'est pas prouvé d'effets bénéfiques du proclive vis-à-vis de la position en décubitus dorsal strict [26]. En supposant que la position verticale est un effet positif sur l'enfant, comme l'affirme les femmes, nous pouvons apporter comme information que certains parents, voulant bien faire pourront se trouver en difficulté face à un enfant qui se tortille, se met en extension ce qui complique la mise en place du porte-bébé. En effet, dans le cas du RGO, il faut s'éloigner un peu des positions de bases de portage. La position « parfaite » dos rond et son bassin basculé, genoux au niveau du nombril, vont créer une pression trop importante sur son système digestif et son œsophage. De plus, il ne sera pas possible de maintenir le bébé aussi proche du porteur qu'avec un bébé qui n'a pas de reflux, car le nouveau-né a besoin de pouvoir se tortiller pour émettre des gaz ou des rots qui l'incommodent et ne pas se sentir enfermé. En conséquence, il faut adapter la position théorique : ne pas trop serrer le haut de l'écharpe, les genoux doivent être à la même hauteur que les fesses, et pas plus haut, privilégier un portage haut, certains nouages d'écharpe permettent ce type de portage, avec une assise renforcée pour contrebalancer avec des épaules un peu moins soutenues[27].

Il est donc compliqué de conclure quant à cet effet thérapeutique, pourtant évoqué par les femmes et la vulgarisation du portage. Il serait donc intéressant que d'autres études soient effectuées sur le sujet.

1.5 Développement psycho-moteur

“Je remarque une différence entre mes 2 enfants. Celle qui a été portée a été autonome plus vite, à un bon équilibre, tombe moins que son frère”

Partons de cette affirmation, pour décrire l'effet du portage sur le développement psycho-moteur. Tout d'abord, les mouvements réalisés par le porteur stimulent le système nerveux immature du bébé, et notamment son système vestibulaire et son oreille interne, stimulant le développement psycho-moteur [28]. Le nouveau-né porté doit en permanence rééquilibrer son centre de gravité, contracter ses muscles, il développe ainsi son sens de l'équilibre. C'est ce qu'affirme également la pédopsychiatre Marcelle Geber, qui, lors de ses voyages en Afrique a remarqué le développement plus précoce des enfants pendant la première année, comparé à celui des nouveau-nés de France (tenir assis, marcher, courir). Cependant, il ne faut pas oublier que ces différences existent dans un environnement global de lieu de vie appelé « niche de développement précoce ». On ne peut pas dire que le portage soit seul responsable de cela.

De plus, les différents sens sont stimulés lors de toutes les situations de la vie quotidienne : odeurs, vision, toucher.. notamment avec l'accès à un champ visuel important : il peut ainsi découvrir le monde plus amplement qu'un enfant qu'on laisserait à plat dans un landau ou un parc dans un coin de la maison. L'observation des gestes du porteur aide à l'acquisition par mimétisme. Ces différentes stimulations permettent un développement neurale[29].

Un autre caractère du développement avancé par les orthophonistes est l'apprentissage du vocabulaire stimulé par le jeu « regarde et nomme » : quand l'enfant manifeste de l'intérêt pour un objet, il le montre du doigt et le parent le nomme. A force de répétition, l'enfant assimile le mot. La proximité du portage permet de communiquer avec l'enfant et de faire ce jeu lors de déplacements ou lors des activités de la vie quotidienne plus facilement car il est à hauteur et voit constamment la même chose que sa mère[30].

Pour continuer sur le développement, on peut s'intéresser à la question de la **dysplasie des hanches**. Dans les cultures où le portage est constant, comme en Asie et en Afrique les dysplasies de la hanche étaient presque inconnues, et c'est depuis l'arrivée des méthodes occidentales, que ces problèmes sont apparus [31]. Alors qu'à l'inverse, dans les cultures qui favorisent une position des jambes allongées comme par exemple les Indiens du Nord du Canada, qui attachaient traditionnellement leurs bébés sur une planche pour les porter le taux des dysplasies atteignait 12,3%. C'est ce lien entre modes de portage et problèmes de hanche que le médecin japonais Nagura montrait en 1940. Il faut cependant garder à l'esprit que le portage n'est peut-être pas le seul facteur influençant la fréquence de cette pathologie, qu'il pourrait également y avoir une influence de facteurs génétiques, environnementaux autres que celui-ci[32]. Les processus qui entrent en jeu sont multiples. Nous pouvons citer par exemple, que les activités du porteur induisent des mouvements des têtes fémorales dans le cotyle, ainsi que des stimulations musculaires, cela favorise la circulation sanguine bénéfique au développement des articulations.

Le portage peut ainsi intervenir en prévention de l'apparition d'une dysplasie, ou dans les situations à facteurs de risques (primiparité, siège). Il est possible de favoriser le portage en attendant l'échographie de la hanche au 1 mois de l'enfant. Évidemment, dans le cas d'un enfant ayant une luxation des hanches nécessitant un traitement, il est clair que le portage n'est pas une solution suffisante, ne serait-ce que par le fait que le temps passé n'est pas suffisant par rapport à ce qui est nécessaire au traitement de la pathologie. Le portage peut cependant permettre de maintenir le lien mère enfant, sans laisser une distance trop importante s'installer à cause de l'appareillage nécessaire.

Ces bienfaits sur la hanche sont aussi la raison pour laquelle il est important de respecter la position en grenouille lorsque le portage est effectué car la position du nouveau-né les jambes pendantes n'est pas adaptée au développement de l'articulation et pourrait être délétère en créant une mauvaise circulation artérielle et ainsi léser le développement de la tête fémorale [33;34]. Cela va souvent de pair avec une mauvaise position du dos, et de la colonne vertébrale du nouveau-né. Les premiers temps la courbure du dos de l'enfant décrit un C, les lordoses cervicales et lombaires ne sont pas formées. Cette forme en C doit être respectée et ne pas induire un dos trop « droit » ou des courbes non adaptées car cela pourrait avoir un impact négatif sur le développement du dos de l'enfant. Pour terminer la tête du nouveau-né doit être soutenue lors des premiers mois, car son développement musculaire n'est pas encore assez développé pour pouvoir soutenir sa tête sur de longues périodes, notamment lors des périodes de sommeil. En effet, un nombre de vas et vient trop nombreux et non contrôlé pourrait être néfaste pour la moelle épinière.

Les femmes, qu'elles portent ou non leur enfant, ont conscience que le portage favorise le **lien mère-enfant**. Certaines évoquent "*une complicité*" plus importante ainsi que "notre lien mère-enfant est très puissant". En effet le portage permet un attachement sécurisé de différentes manières [35]. En 1990, Anisfeld [10] amène aux conclusions que lors de l'utilisation d'un porte-bébé souple (versus l'utilisation un landau) les mères ont une réponse

plus rapide et mieux adaptée aux demandes à 3 mois ½ et un attachement plus sécuritaire à 13 mois. On peut retenir également le fait que les enfants portés sourient plus tard, pleurent moins et vocalisent moins lorsqu'ils sont seuls, car ils ont moins besoin d'attirer l'attention. Ce lien d'attachement peut être affecté par différentes choses : la prématurité (séparation mère/enfant), psychose maternelle préexistante, trouble de la mise en place du lien, etc.. Mais il est important de faire en sorte de le maintenir, pour permettre un bon développement psycho-affectif du nouveau-né et de l'enfant qu'il deviendra.

1.5 Place du père

Si nous nous intéressons maintenant aux conjoints, plus de la moitié d'entre eux porte également leur enfant, et 6% d'entre eux portent plus que leur femme. Les femmes qui portent leur enfant pensent significativement plus que le portage peut favoriser le lien père-enfant. On peut donc penser qu'elles ont pu l'observer dans leur vie personnelle. C'est ce que l'on retrouve dans les études concernant les KC [36]. Les pères ressentent un sentiment de compétences supérieur à celui des soins traditionnels. Il semble donc important d'inclure les pères dans la pratique. C'est-à-dire de pouvoir les faire participer aux cours de PNP ou qu'ils soient présents lors des visites à domicile. En effet, les pères se sentent parfois mis à l'écart en ce qui concerne la grossesse ou les soins à la naissance, car la femme porte, accouche, allaite.. Il s'agit donc d'un moyen de les faire participer activement aux soins et au bien-être de l'enfant. En effet dans le cas de la méthode kangourou cela leur permet une meilleure implication ainsi qu'un épanouissement plus important que dans les soins classiques.

1.6 Les freins au portage et risques

On peut remarquer que les principales causes de non-poursuite du portage après avoir essayé résident dans le fait d'avoir été *mal informée/ non informée* et de ne *pas avoir eu d'aide* pour apprendre la mise en place.

En effet on peut se rendre compte que les femmes ont en premier lieu entendu parlé du portage sur internet, et qu'elles achètent leur moyen de portage également par ce biais, ce qui limite le moment où elles peuvent recevoir une information de mise en place ou de prévention. On peut voir là dedans un risque car les informations que l'on peut retrouver sur internet (blog, sites de périnatalité) ne sont pas toutes correctes et les moyens de portage disponibles à l'achat ne sont pas tous physiologiques ou adaptés. De grandes marques d'accessoires de périnatalité donnent des conseils parfois inadaptés.

Le questionnaire permet également de se rendre compte que les femmes n'ont pas forcément conscience qu'il peut y avoir des risques, comme par exemple à la question concernant la chute avec le bébé porté. Les femmes qui portent ont répondu significativement moins "vrai" à l'affirmation proposée ($p < 10^{-8}$). En effet, nous savons que les accidents de portage existent, même si leur recensement n'est pas réalisé. Dans les cas principaux nous retrouvons la chute de l'adulte, un matériel défectueux utilisé, ou un matériel non adapté à la taille ou l'âge de l'enfant, la mort inattendue du nourrisson [37]. Il est donc important de prévenir et guider la pratique des parents afin de prévenir d'éventuelles blessures, sans pour autant créer la peur chez eux. Dans la mesure où le portage est correctement réalisé, il n'impacte pas négativement la saturation en oxygène des nouveau-nés ou leur fréquence cardiaque [38]. Ce qui signifie que correctement réalisé, il n'augmenterait pas le risque de MIN.

Pour finir, un dernier frein au portage observé est l'avis des autres, et le discours parfois discordant des professionnels sur le sujet. Certaines femmes se sentent alors

perdues entre ce qu'elles ont envie de faire et ce qu'elles entendent autour d'elles. Elles disent par exemple "J'ai beaucoup aimé mais j'aurais aimé trouver des professionnels qui m'en parlent objectivement, sans le côté « c'est une mode » ou « après 2 mois, il faut passer à autre chose » ou encore "Je me pose des questions parfois suite *aux jugements des gens* et me remets beaucoup en question. Je limite alors les temps de portage car je ne sais pas où trouver les informations."

2. Réflexion et place de la sage-femme

Nous pouvons maintenant comparer ce que semblent vouloir les femmes et ce que les professionnels de santé effectuent ou non en ce sens. Cette question pourrait à elle-même être un sujet d'étude, nous allons seulement en décrire les grands aspects.

Premièrement si l'on prend l'avis des femmes de notre étude, elles sont la moitié à souhaiter qu'une information soit délivrée par un professionnel de santé. Concernant le moment le plus adapté pour recevoir celle-ci, les femmes ont répondu en majorité que les cours de préparation à la naissance seraient adaptés.

En effet sur les 7 séances proposées lors de la PNP, il serait possible d'y introduire une initiation aux différents moyens de portage ou leurs bienfaits. Ce serait également le moment pour échanger avec les femmes, l'ayant déjà pratiqué par exemple. De plus certaines femmes, notamment les multipares ne participent pas à ces séances, où ne les font pas toutes.

Un nombre important de femmes ont répondu qu'elles seraient intéressées pour une information donnée à la maternité, par une information personnelle pour la majorité d'entre elles. Ce point là nous semble plus compliqué à mettre en place du fait d'un séjour à la maternité court, où déjà beaucoup d'informations sont données aux femmes.

Pour 222 femmes, le moment le plus adapté serait le retour à domicile. Même si la femme effectue des cours de préparation à la naissance et à la parentalité sur le sujet, c'est bel et bien quand elle sera confrontée au quotidien avec son enfant, et à la mise en place d'un moyen de portage qu'elle aura de nouveau des questions à poser. La sage-femme est le premier interlocuteur de la femme nouvellement mère, dans les premiers jours puis les premières semaines de vie de l'enfant. En effet le système PRADO amène la sage-femme à se rendre dans le quotidien de la femme. Elle lui apporte conseils et répond à ses questions aussi diverses soient-elles concernant l'enfant et elle même. Rappelons les recommandations de la HAS en 2014 lors de la mise en place du système : "Il s'agit de « séances individuelles, réalisées au cabinet ou à domicile, *comportant des actions de prévention et de suivi éducatif en cas de besoins* particuliers décelés pendant toute la grossesse ou reconnus après l'accouchement chez les parents ou chez l'enfant, en réponse à des difficultés ou des situations de vulnérabilité qui perdurent ou à des demandes des parents"[39]. Il semblerait donc adapté qu'elle puisse répondre au mieux aux questions de la femme sur ce sujet ou qu'elle puisse savoir reconnaître si la pratique est correctement réalisée ou non pour pouvoir orienter la femme. Il faut pour cela que des personnes soient en capacité de leur enseigner.

Si nous nous intéressons maintenant aux sages-femmes, elles ont des avis divers sur la question. J'ai pu m'en rendre compte lors de mes différents stages. Tout d'abord lors de mes stages en milieu hospitalier, je n'ai jamais entendu de sage-femme en parler, ni de questions de patientes, ce qui peut paraître étonnant. Ensuite, en libéral j'ai pu observer que certaines sages-femmes n'ont pas de connaissances sur le sujet, et peuvent avoir des difficultés à orienter les patientes, car en milieu rural par exemple, le nombre d'associations

de portage est plus faible qu'en ville comme le nombre de consœurs vers qui orienter. Ainsi nous pouvons comprendre que certaines femmes ne se sentent pas assez informées ou peu aidées lors de la mise en place du portage.

A l'inverse d'autres sages-femmes sont quant à elles formées en technique de portage. Elles proposent dans ce cas des ateliers de portage, payant, ou lors des cours de PNP. Ces ateliers sont parfois très demandés. J'ai pu participer à l'un d'eux pendant la rédaction de mon mémoire.

Il semblerait donc adapté que les sages-femmes ou les étudiantes sages-femmes aient une formation appropriée; qui même s'il elle n'est pas aussi complète qu'une formation spécialisée, pourrait leur permettre de conseiller les femmes. On peut observer que dans certaines écoles les étudiantes sages-femmes ont des travaux dirigés sur les bases du portage en écharpe.

3. Suggestions

En prenant en compte, tout ce que ces résultats ont pu nous apporter, il serait tout d'abord intéressant de faire une étude plus représentative de ce que veulent les femmes qui ne portent pas leur enfant. Car elles étaient peu représentatives dans notre échantillon.

Enfin, nous pourrions envisager un dépliant très visuel (Annexe V), comme ceux qui ont pu être faits par des associations françaises certifiées de portage[40] ou américaines, pour informer sur les bonnes pratiques du portage. Il serait également intéressant de donner des adresses où les femmes pourraient trouver conseils sur le sujet en cas de besoin. Cette information devrait également être distribuée, de manière un peu plus descriptive aux sages-femmes, qui même si elles ne sont pas formées pourraient au moins voir les situations à risque et indiquer aux femmes que la position adoptée n'est pas correcte ou quel matériel est à proscrire.

Ces règles sont disponibles sur des sites officiels comme les associations et sont diffusées lors des ateliers d'apprentissage. Mais comme nous avons pu le voir, un grand nombre de femmes se forme par le biais d'internet ou de réseaux sociaux, un dépliant donné à la maternité ou par une sage-femme libérale pourrait donc être plus judicieux pour limiter les mauvaises informations.

CONCLUSION

Le portage des nouveau-nés a existé de tout temps dans l'histoire de l'homme. Il est resté traditionnel et culturel dans certains pays comme en Afrique ou en Asie. En France, sa pratique a évolué au fil de siècles. Peu répandue après l'apogée du matériel de puériculture, elle s'est peu à peu développée à partir de la fin du 20ème siècle.

Les femmes présentes dans notre étude, pratiquent pour la majorité d'entre elles le portage avec leur enfant. Toutes les classes sociales sont concernées. Leur pratique est régulière et commence dès la naissance de l'enfant.

Leurs motivations sont diverses, aussi bien pour le bien-être de leur enfant que pour leur épanouissement personnel. Elles semblent enrichies et épanouies de cette expérience, même si certaines y apportent une nuance vis-à-vis de la difficulté de mise en place de l'écharpe. De plus, nous avons peu d'avis des femmes ne pratiquant pas le portage.

Il semble que les femmes qui portent leur enfant aient des connaissances ou des croyances correctes vis-à-vis des données scientifiques existantes. Cependant nous avons pu nous rendre compte que quelque soit leur moyen d'information sur le sujet, les femmes le considèrent insuffisant dans près de 48% des cas. Notamment les femmes qui ne portent pas. On peut y voir ici un frein d'accès à la pratique, ou un facteur de risque qu'elle ne soit pas correctement réalisée. De plus, les femmes souhaitent en majorité recevoir une information de la part d'un professionnel. Les sages-femmes pourraient avoir leur place pour donner l'information. Mais qu'en pensent-elles ? Voici une question qui mériterait d'être traitée, dans la mesure où les connaissances des professionnels sur le sujet semblent également hétérogènes.

« Lorsque les besoins des bébés sont comblés dans la sécurité et l'amour, celui-ci enracine son indépendance sans aucune crainte d'être abandonné » Catherine Dumonteil-Kremer

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Histoire > Écharpe porte-bébé | Storchenwiege® - Écharpe porte-bébé [Internet]. [cité 9 nov 2018]. Disponible sur:
<http://www.storchenwiege.fr/echarpe-porte-bebe/bon-a-savoir/histoire.html>
- [2] 3 cerveaux, 3 fondements [Internet]. YouBrain. Disponible sur:
<http://youbrain.fr/les3cerveaux/>
- [3] Cécile Cortet; Céline Guerrand Fronais. porter mon bébé. La Martinière. 2013.
- [4] Weltgesundheitsorganisation, éditeur. La méthode « mère kangourou »: guide pratique. Genève; 2005. 54 p.
- [5] Rey ES, Martinez HG. « Manejo racional del niño prematuro. » universidad Nacional, curso de medicina fetal, 1983.
- [6] Charpak N et al. Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants ≤ 2000 grams: a randomized controlled trial. Pediatrics, 1997, 100:682-688
- [7] Marin Audrey. Le portage en sling [Internet]. Réseau Sécurité Naissance. [cité 3 septembre 2018]. Disponible sur:
<https://www.reseau-naissance.fr/data//mediashare/p9/z97w87o4jzi9pmbnrgwhmnnkls3b3-orq.pdf>
- [8] Goue M. Le Portage du Bébé à l'Africaine [Internet]. L'AUTRE AFRIQUE. 2011 [cité 14 nov 2018]. Disponible sur:
<http://lautreafrique.blogspot.com/2011/11/le-portage-du-bebe-lafricaine-1.html>
- [9] INSERM, DRESS. ENP 2016 rapport complet [Internet]. [cité 20 nov 2018]. Disponible sur:
http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
- [10] Anisfeld and all. Does Infant Carrying Promote Attachment? An Experimental Study of the Effects of Increased Physical Contact on the Development of Attachment. In: Child Developpement. Colombia University College of Phycians and Surgeons; 1990.
- [11] 12 idées reçues sur le portage [Internet]. Aux Portes de Bébé. 2014 [cité 30 sept 2018]. Disponible sur:
<https://auxportesdebebe.wordpress.com/2014/08/19/12-idees-recues-sur-le-portage/>

- [12] Bigelow, A., Power, M., MacLellan-Peters, J., Alex, M. and McDonald, C. (2012). Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41: 369–382.
- [13] Badr HA, Zauszniewski JA. Kangaroo care and postpartum depression: The role of oxytocin. *International Journal of Nursing Sciences*. avr 2017;4(2):179-83.
- [14] Christie J. E. Chapman. *Babywearing and Postpartum Mental Illness*. American Board of Examiners in Clinical Social Work; 2004.
- [15] Pelaez-Nogueras M, Field TM, Hossain Z, Pickens J. (1996). Depressed mothers' touching increases infants' positive affect and attention in still-face interactions. *Child Development*, 67, 1780-92.
- [16] Anderson GC, Moor E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*; 2003
- [17] Laurent C. Influence de la proximité mère-bébé sur le sommeil du nouveau-né et celui de sa mère, et sur l'allaitement. Quelle proximité recommander sans mettre en danger la sécurité de l'enfant ? *Revue de médecine périnatale*. mars 2011;3 :25-33.
- [18] Meyer K, Anderson G. Using Kangaroo Care in a Clinical Setting with fullterm Infants Having Breastfeeding Difficulties, *American Journal of Maternal Child Nursing* 1999; 24:190-192
- [19] Esposito G, Setoh P, Yoshida S, Kuroda KO. The calming effect of maternal carrying in different mammalian species. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2015 [cité 20 nov 2018];6. Disponible sur:
<http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2015.00445/abstract>
- [20] Keefe MR. Comparison of neonatal night time sleep-wake patterns in nursery versus rooming environments. 1987; *Nurs Res* 36 (3):140–4
- [21] Hunziker UA, Barr G. Increased Carrying Reduces Infant Crying: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*. 1986;77(5):10.
- [22] Syndrome du bébé secoué » Prévention [Internet]. [cité 29 déc 2018]. Disponible sur:
<http://syndromedubebesecoue.com/syndrome-du-bebe-secoue/prevention/>
- [23] Prévention, traitements [Internet]. Association Plagiocéphalie Info et Soutien. [cité 9 nov 2018]. Disponible sur:
<http://association-plagiocéphalie-info-et-soutien.fr/prevention-traitements/>
- [24] Les coliques [Internet]. naître et grandir. [cité 9 nov 2018]. Disponible sur:
https://naitreetgrandir.com/fr/mauxenfants/indexmaladiesa_z/fiche.aspx?doc=naitre-grandir-ante-bebe-mal-ventre-colique-pleur

- [25] Lucassen PLBJ, Assendelft WJJ, Gubbels JW, van Eijk JTM, van Geldrop WJ, Neven AK. Effectiveness of treatments for infantile colic: systematic review. *BMJ*. 23 mai 1998;316(7144):1563-9.
- [26] O. Mouterde. "Reflux gastro-œsophagien" et position: faut-il choisir ? Que choisir ? sept 2013;(180):16-9.
- [27] « Reflux & portage: Possible? » *Portage+Double | Le blog*, 2015. <http://portagedouble.ca/reflux-portage-possible/>.
- [28] C. Piraud-Rouet. Choisir le maternage. marabout; 2015. 192 p. (Education).
- [29] Scher MS, Ludington-Hoe S, Kaffashi F, et al (2009) Neurophysiologic assessment of brain maturation after an 8-week trial of skin-to-skin contact on preterm infants. *Clin Neurophysiol* 120:1812–8
- [30] Van Den Peereboom, Ingrid. *Peau à peau, technique et pratique du portage*. Jouvence., 2006.
- [31] Evelin Kirkilionis "Ein Baby will getragen sein" (Un bébé veut être porté), Kösel-Verlag, 1999
- [32] ROMBOUITS J.J., op. cit. 25 FETTWEIS E., Hüftdysplasie : Sinnvolle Hilfen für Babyhüften, Germany, éditions Trias, 2004, 95p 33
- [33] Szeverényi C, Varga M. Orthopaedic relevance of baby carrying. *Orvosi Hetilap*. juill 2013;154(30):1172-9. Disponible sur : <https://doi.org/10.1556/OH.2013.29673>.
- [34] Baby Carriers, Seats, & Other Equipment [Internet]. International Hip Dysplasia Institute. [cité 24 oct 2018]. Disponible sur: <https://hipdysplasia.org/developmental-dysplasia-of-the-hip/prevention/baby-carriers-seats-and-other-equipment/>
- [35] Cunningham N, Anisfeld E, Casper V, et al. « Infant Carring, Breast Feeding, and Mother/Infant Relations », *The Lancet*, 1987.
- [36] Alfonso D, Wahlberg V, Person B. Exploration of mother's reactions to the kangaroo methode of prematurity care. *Neonatal network*, 1989,7:43-51.
- [37] Stephanie J Frisbee, Halim Hennes. Adult-worn child carriers: a potential risk for injury. 2000;6:56–58.
- [38] Stening W, Nitsch P, Wassmer G, Roth B. Cardiorespiratory Stability of Premature and Term Infants Carried in Infant Slings. *PEDIATRICS*. 1 nov 2002;110:879-83.

[39] « Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés ». La Revue Sage-Femme 13, n° 2 (avril 2014): 84-98. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2014.03.001>

[40] afpb | portage et sécurité [Internet]. AFPB, association de promotion et formation au portage des bébés. [cité 30 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.afpb.fr/portage-et-securite>

Autres ouvrages consultés

- Blois M. Hold me close : encouraging essential mother/baby physical contact. In: "Birth: Care of Infant and Mother: Time Sensitive Issues". William Gordon and Jodie Trafton; 2007. p. 108-32.
- Van Den Peereboom. *peau à peau- technique et pratique du portage*. Jouvence., s. d.
- Knibiehler Y. Histoire des mères et de la maternité en occident. Puf; 2000. 127 p.
- Didierjean-Jouveau C-S. Porter bébé. Jouvence. 2005. 93 p.
- Liedloff J. Le concept du continuum. La recherche du bonheur perdu. Ambre Eds; 2006. (Education).

mémoires :

- Nouet S. Venir au monde dans la France d'autrefois, de la renaissance à 1914 [Mémoire diplôme d'état de sage-femme]. Nantes; 2007.
- Cloest Léa. Intérêt du portage dans le traitement de la luxation de la hanche [Kinésithérapie]. [Bruxelles]: Parnasse - Deux Alice; 2016.

Iconographie

- poussettes et chaises enfants 1897 - Le blog de ancetres-metiers-conditions.over-blog.com [Internet]. Disponible sur: <http://ancetres-metiers-conditions.over-blog.com/article-poussettes-et-chaises-enfant-s-1897-88311051.html>
- Mei Tai MySol | Double Face Colorado - Girasol - La Maison Du Porte-Bébé [Internet]. [cité 4 janv 2019]. Disponible sur: <http://lamaisonduportebebe.com/girasol/mei-tai-mysol-colorado-114.html>
- Le Portage Physiologique: c'est quoi [Internet]. [cité 3 janv 2019]. Disponible sur: <https://blog.oums.ma/le-portage-physiologique-cest-quoi/>
- Mits1988. ▷ Avis Kangourou Bébé Confort ▷ Comparatif & Test 2018 ! pour Porte Bébé Kangourou [Internet]. conceptiondemeubles.pro. [cité 3 janv 2019]. Disponible sur: <https://conceptiondemeubles.pro/fantastique-porte-bebe-kangourou/%e2%96%b7-avis-kangourou-bebe-confort-%e2%96%b7-comparatif-test-2018-pour-porte-bebe-kangourou/>

- Nouchka Baby - Publications [Internet]. [cité 3 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.facebook.com/nouchka.fr/posts/ses-abeilles-nous-font-r%C3%AAver-l%C3%A9ora-me-permet-de-vous-proposer-ce-draw-aujourd'hui/1992599990970510/>
- Baby Carriers, Seats, & Other Equipment [Internet]. International Hip Dysplasia Institute. [cité 24 oct 2018]. Disponible sur: <https://hipdysplasia.org/developmental-dysplasia-of-the-hip/prevention/baby-carriers-seats-and-other-equipment/>
- Strategio. Porter Son Enfant | Infos sur le portage des bébés [Internet]. Porter Son Enfant. [cité 2 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.portersonenfant.fr/>
- Babywearing International – Bringing together babywearers everywhere. [Internet]. [cité 2 janv 2019]. Disponible sur: <https://babywearinginternational.org/>

ANNEXES

ANNEXE I : Questionnaire

Le portage des nouveau-nés

Étudiante sage-femme à l'école de Nantes, je réalise une étude pour mon mémoire. Elle concerne le portage des nouveau-nés .

Ce questionnaire est destiné aux femmes ayant **un enfant de moins de 2 ans . Même si vous ne portez pas votre enfant !**

Le but est de réaliser un état des lieux des pratiques en France. Je vous remercie donc par avance de prendre le temps d'y répondre

I Généralités

1- Quel est votre âge ?	<input type="checkbox"/> < 25ans	<input type="checkbox"/> > 25 - < 35 ans	<input type="checkbox"/> > 35ans	
2- Quel est votre pays de naissance ?				
3- Quel est le dernier diplôme que vous avez obtenu ?	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Brevet des collèges	<input type="checkbox"/> CAP, BEP	<input type="checkbox"/> BAC	<input type="checkbox"/> > au bac
4- Quel métier exercez vous ?				
5 – vous vivez :		<input type="checkbox"/> en couple	<input type="checkbox"/> seule	
6- Combien avez vous d'enfant?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> > 3
7- Quel est l'âge de votre dernier enfant ?				
8- Avez vous participé à des séances de préparation à la naissance et à l'accouchement ?			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
9- Concernant la grossesse, il s'agit :	<input type="checkbox"/> d'une grossesse spontanée		<input type="checkbox"/> d'une parcours d'aide à la procréation	
10- Vous avez accouché :	<input type="checkbox"/> prématurément		<input type="checkbox"/> à terme	
11- Quel était le poids de votre enfant à la naissance ?				
12- Votre bébé a-t-il nécessité une hospitalisation après sa naissance ? précisez le service d'hospitalisation et les causes				

13- Avez vous allaité votre enfant / allaitez vous actuellement votre enfant ?	<input type="checkbox"/> oui actuellement	<input type="checkbox"/> oui mais j'ai arrêté	<input type="checkbox"/> non, je n'ai pas souhaité allaiter mon enfant	
14- Quelle(s) méthode(s) utilisez vous/ avez vous utilisé pour vos déplacements avec votre enfant :	<input type="checkbox"/> poussette	<input type="checkbox"/> cozy	<input type="checkbox"/> le portage	<input type="checkbox"/> landau
	<input type="checkbox"/> autre :			

II le portage du nouveau né

1- Savez vous en quoi consiste le portage des nouveau nés ?	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> vaguement
2- Quelle image en avez vous ?	<input type="checkbox"/> plutôt positive pourquoi pas	<input type="checkbox"/> positive – c'est super	<input type="checkbox"/> plutôt négatif – je reste septique	<input type="checkbox"/> négative
3- Expliquez brièvement votre réponse :				
4- Pensez vous qu'il y ai un âge minimal ou maximal pour porter un enfant ?	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas
5- Pensez vous que les techniques de portages sont à adapter en fonction de l'âge de l'enfant ?	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
6- Par quel biais avez vous entendu parler du portage ?	<input type="checkbox"/> les médias : TV, radio		<input type="checkbox"/> professionnels de santé	<input type="checkbox"/> magazine pour parents / futurs parents
	<input type="checkbox"/> sites internet de périnatalité		<input type="checkbox"/> recherches personnelles sur le sujet	<input type="checkbox"/> amis, famille
7- Quelle(s) méthode(s) de portage connaissez vous ?				
8- Si des professionnels de santé vous ont parlé du portage il s'agissait :	<input type="checkbox"/> une sage femme		<input type="checkbox"/> une auxiliaire de puériculture	<input type="checkbox"/> une puéricultrice
	<input type="checkbox"/> un pédiatre		<input type="checkbox"/> autres :	

9-A quel moment l'information vous a t-elle été donnée ?	<input type="checkbox"/> en cours de préparation à la naissance	<input type="checkbox"/> à la maternité, par une information personnelle	<input type="checkbox"/> à la maternité lors d'une réunion de groupe
	<input type="checkbox"/> lors d'une visite après la naissance de l'enfant	<input type="checkbox"/> lors d'un atelier de portage	<input type="checkbox"/> autre :
10- Les informations données vous ont -elles été suffisantes ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
11- Pour vous quel serait le moment le plus adapté pour recevoir des informations sur le sujet ?	<input type="checkbox"/> lors des cours de préparation à la naissance	<input type="checkbox"/> à la maternité, de manière personnelle	<input type="checkbox"/> à la maternité, lors de cours collectifs
	<input type="checkbox"/> lors du retour à la maison	<input type="checkbox"/> autre :	
12- Vous n'avez pas reçu d'informations sur le sujet de la part d'un professionnel de santé, pensez vous que cela vous ait manqué ?	<input type="checkbox"/> oui car j'aurai voulu recevoir des informations claires sur le sujet de la part d'un professionnel	<input type="checkbox"/> non car cela ne m'intéresse pas	<input type="checkbox"/> non car l'information est disponible par d'autres biais .
13- Portez vous votre enfant ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non mais peut être plus tard
14- Vous avez essayé de porter votre enfant (un de vos enfant) mais vous avez arrêté car ..			

Pour chaque items répondre en cochant

Pensez vous que le portage peut..

	favoriser le lien mère/enfant	Stimuler le développement psycho-moteur	diminuer le risque de tête plate chez le bébé	aider à la mise en place de l'allaitement	réduire les problèmes de hanches	réduire les reflux gastro-oesophagiens	réduire les coliques du nouveau-né	rendre le bébé capricieux
VRAI								
FAUX								
Je ne sais pas								

	réduire le temps de pleurs quotidien	procure une liberté de mouvement	Empêcher le bébé de bien respirer	est dangereux en cas de chute	l'enfant porté est plus sensible au chaud ou au froid que dans une poussette	augmente le mal de dos même si il est bien effectué	peut favoriser le lien père/bébé
VRAI							
FAUX							
Je ne sais pas							

►► La partie qui va suivre concerne uniquement les femmes qui portent leur bébé ou l'ayant porté dans les mois qui ont suivi la naissance

III Votre Pratique du portage

1- Vous/ votre conjoint portez (ou avez porté) votre enfant ?	<input type="checkbox"/> à la maison	<input type="checkbox"/> à l'extérieur	<input type="checkbox"/> à la maison et à l'extérieur également
2- À partir de quel âge avez vous commencé à porter votre enfant ?	À quel âge avez vous arrêté ?		

<p>3- Quelle méthode utilisez vous pour porter votre enfant ?</p> <p>(si vous ne connaissez pas le nom précis vous pouvez décrire brièvement ou entourer l'une des illustrations ?)</p>				
<p>4- votre conjoint à -t – il porté ou porte -t-il également votre enfant ?</p>	<input type="checkbox"/> oui occasionnellement	<input type="checkbox"/> oui c'est principalement lui qui porte	<input type="checkbox"/> Non , mais peut etre plus tard	<input type="checkbox"/> Non

Concernant l'achat du matériel :

<p>5- Vous l'avez acheté :</p>	<input type="checkbox"/> en supermarché, ou magasin non spécialisé	<input type="checkbox"/> sur internet	<input type="checkbox"/> dans un magasin de puériculture	
<p>6- Avez vous reçu une information ou des conseil d'utilisation lors de votre achat ?</p>	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	
<p>7- Quel a été le coût de ce matériel ?</p>				
<p>8- Comment vous êtes vous formé à cette technique de portage ?</p>	<input type="checkbox"/> seule : média, internet, vidéo	<input type="checkbox"/> le moyen que j'utilise ne nécessite pas de formation particulière	<input type="checkbox"/> atelier de portage <input type="checkbox"/> autres :	
<p>9- Pourquoi avez vous choisi cette méthode ?</p>				
<p>10- Pourquoi avez vous eu envie de porter votre enfant ?</p>				
<p>11- Vous ou votre conjoint portez votre enfant environ :</p>	<input type="checkbox"/> tous les jours	<input type="checkbox"/> ½ jour	<input type="checkbox"/> 1 fois par semaine	<input type="checkbox"/> occasionnellement

12- Avez vous remarqué des changements dans le comportement de votre enfant après avoir commencé le portage ?		
13- Avez vous porté vos enfants précédant ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
14- Y a -t-il d'autres pratiques concernant le bien être de votre enfant qui vous paraissent importantes ?		
15- Parlez moi librement de votre expérience du portage		

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à mon questionnaire

ANNEXE II : Iconographies des différents moyens de portage

Mei-tai:

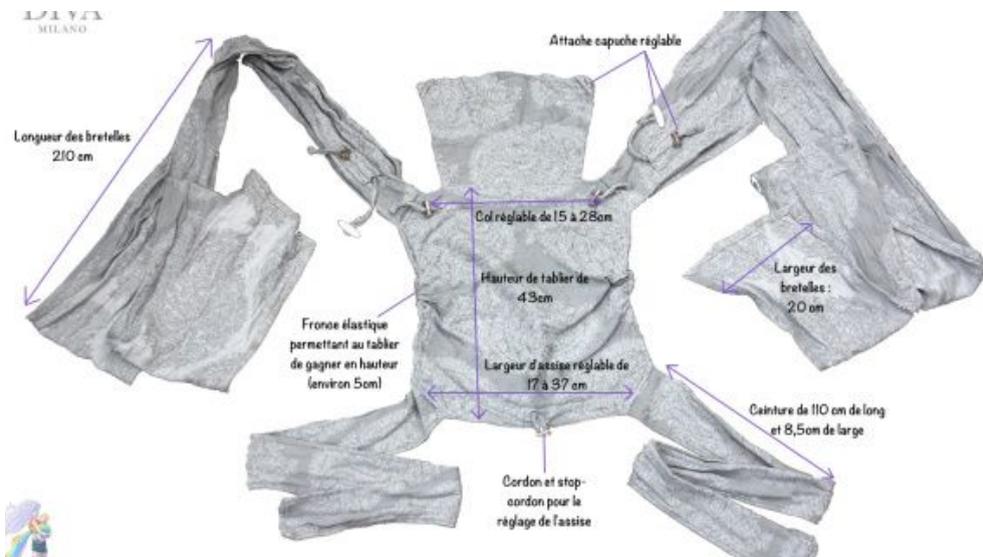
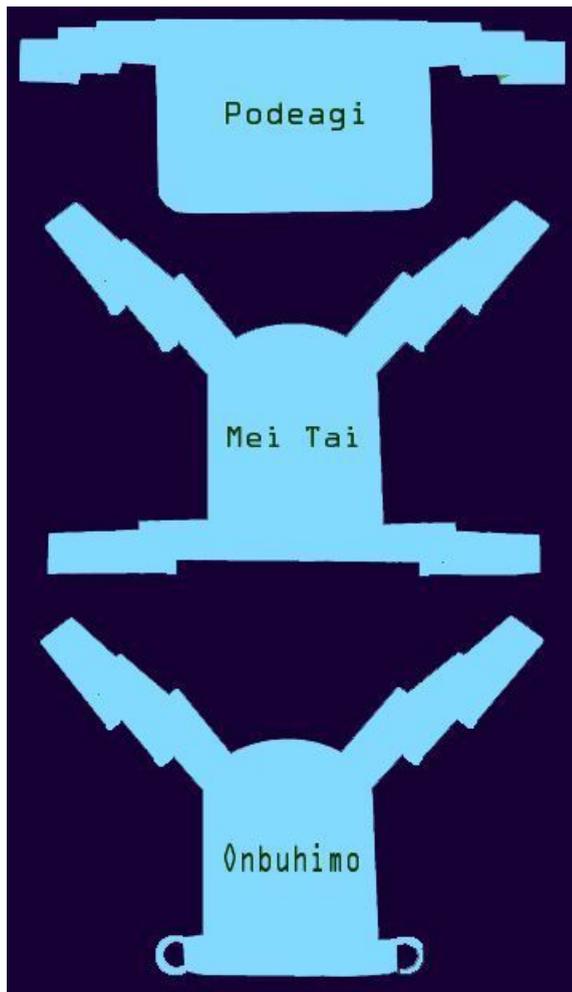


Schéma des différents moyens de portage :



ANNEXE III : Expériences de portage

a) Sentiments formulés à de nombreuses reprises :

“super commode” ; “rapide et pratique”; “je recommande”; “le top” ; “très agréable”; “devenu un mode de vie et une passion”; “magique”; “une grande passion”; “j'adore”; “expérience magnifique”; “je ne pourrai plus m'en passer”; “tout simplement génial !”

b) En pratique, ce qu'elles ont apprécié:

- “Je peux m’occuper des grands sans abandonner le plus petit” ; “de diminuer la jalousie de l’aîné puisqu’on peut continuer à s’occuper de lui.”
- “Permet également au papa d’être très proche de bébé quand il se sent « exclu » lors d’un allaitement par exemple.”
- “J’ai retrouvé une vie sociale plus rapidement car si elle était fatiguée ou grognon je pouvais la calmer en la portant et même la nourrir discrètement”
- Le début a été compliqué, j’ai eu beaucoup de mal à maîtriser le nœud, mais ensuite c’était génial, plus besoin de s’embêter avec une poussette.”
- “Tellement plus simple d’allaiter à l’abri des regards indiscrets. “
- “Le bien-être de l’enfant sans être au détriment des activités sociales.”
- “ Dormir paisiblement lors de balades ou de repas de famille.”
- “D’éviter les contaminations dans les lieux publics (les personnes ont moins tendance à toucher le bébé si il est en portage que dans un cosy/poussette).
- “Je remarque une différence entre mes 2 enfants. Celle qui a été portée a été autonome plus vite, à un bon équilibre, tombe moins que son frère... et notre lien mère-enfant est très puissant.”
- “J’ai retrouvé l’usage de mes bras puisqu’ils sont libres dorénavant. “
- “Nous avons commencé à porter car notre fils souffre un RGO sévère et ne supportait pas d’être posé. C’est très important pour nous cela le soulage vraiment.”
- “Mais à partir d’un certain âge, je trouve ça bien de pouvoir coupler ça avec la poussette (quand on approche des 10 kg).”
- “Cela m’a permis d’avoir une vie sociale (ex : les barbecues en été) avec ma puce bien au chaud sur moi! De la faire dormir quand on était pas à la maison”
- “J’adore, ça me permet de nicher bébé quand il y a beaucoup de monde et que je ne veux pas qu’elle passe de bras en bras par exemple.”
- “Pour moi le portage s’est décidé tout naturellement en voyant combien les poussettes sont encombrantes dans un milieu bondé, dans laquelle l’enfant est à hauteur "idéale" pour les coups de sac à main, les cigarettes et les gaz d’échappement notamment.”
- “Cela m’a permis de me remettre d’une dépression postpartum pour mon 1er et je ne pouvais pas envisager un autre bébé sans portage.”
- “M’a beaucoup aider pour les coliques et reflux”
- “ Je portais par nécessité d’abord (travaillant à mon compte j’ai tout de suite repris le travail après les naissances).”
- “J’adore et je recommande mais pas forcément à la place de la poussette. Je trouve que plusieurs modes de transport et portage sont utiles”
- “ De plus j’ai trouvé que le portage n’est pas aussi difficile qu’on se l’imagine. On peut facilement apprendre 2 ou 3 noeuds, ce n’est pas sorcier.”

- “Le portage m'a beaucoup aidé pour le calmer et l'endormir. Mais pour autant il s'endort maintenant tout seul dans son lit.”
- *une femme parle de son expérience, elle a vécu aux USA à la naissance de sa 2ème fille* : “Cours de portage 1/mois commence au 7ème mois de grossesse et repris aux 2 mois de ma fille”

c) nécessité d'être informée

- “Refaire des cours à différents moments lorsque le bébé évolue et qu'on doit changer la technique de portage”
- Il me paraît nécessaire d'avoir un cours ou une démonstration approfondie pour bien maîtriser les gestes. - Je trouve qu'il y a beaucoup de désinformation concernant les moyens de portage dit " ergonomique " et que les femmes ne sont pas assez informées sur un vrai portage " physiologique".
- “De pas avoir eu quelqu'un qui vienne chez moi à la maison pour me montrer bien le portage en écharpe pour les deux premières semaines.”
- “Trop seule lors de la mise en place de l'écharpe et des premiers essais de portage. j'aurais aimé des conseils alternatifs (sling par exemple).”
- “Pas assez utilisé malheureusement cause manque d'informations”
- “Je regrette le manque d'information et la vente de moyens de portage non physiologique auprès du grand public.”
- “Avoir une personne qui me montre les gestes aurait été d'une grande aide.”
- “Je regrette de ne pas avoir commencé plus tôt par manque d'information.”
- “Je ne m'y connais pas beaucoup mais j'aurais aimé qu'on m'explique les techniques à la maternité ou pendant les cours de préparation à l'accouchement.”
- “Je regrette d'avoir eu si peu de bonnes explications.”
- “Frustration car je n'ai pas trouvé d'aide, on me disait seulement de regarder des vidéos sur internet et j'ai besoin d'un cours pratique en réel pour pouvoir me rassurer, poser mes questions.”
- “Trop peu d'informations, et trop de produits non adaptés vendus en magasin.”
- “Le personnel en maternité n'est pas forcément disponible quand on en a besoin et parfois pas formé.”
- “Je regrette de n'avoir pas commencé plus tôt pour mon premier.”
- “J'ai regretté de ne pas l'avoir fait avec mes 2 aînés.”
- “Pas osé me lancer pour le premier enfant car mal informée-Peu d'information à ce sujet.”

d) Les difficultés qu'elles ont exprimées :

- “Difficile parfois car ce n'est pas toujours le bon moment et bébé se débat et pleure”
- “plus il grandit et plus c'est difficile car il ne se tient pas assez droit et plus assez recroqueviller. Donc plus difficile à installer et pas assez d'infos sur les différentes méthodes en fonction de l'âge et du poids.”
- “Mal de dos malgré un porte-bébé physiologique dû à son poids et compliqué avec la chaleur.”
- “Compliqué à mettre en place les premières fois.”
- “Certaines écharpes sont longues à installer pour mes besoins.”
- “J'ai peur des noeuds donc j'utilise pas mon écharpe.”
- “Décevante pour mon premier enfant qui a tout de suite montré un désintéressement du portage face à moi et n'a jamais accepté le portage en dos.”

- “J’ai l’impression qu’il ne supportait pas très longtemps, comme “à l’étroit” malgré différentes techniques”
- “ le portage en été c’est quand même compliqué avec la chaleur.”
- “Stressante ! J’ai essayé de prendre le temps, le rassurer dans mes bras d’abord, puis le mettre dans l’écharpe. Mais il se tordait dans tous les sens, pleurait.. J’avais l’impression de ne pas en être capable. “
- “C’est un peu compliqué d’installer un petit bébé en écharpe mais une fois qu’on a trouvé comment faire c’est super.”

e) Le regard des autres:

- “Ca a été un choix un peu critiqué car selon certains s’il pleure c’est du caprice”
- “Est encore trop mal perçu par l’entourage qui porte facilement un jugement : « mère poule » « enfant sera capricieux ». Alors que vers 3 mois, mon fils était le seul à s’endormir facilement en comparaison aux enfants de mon entourage. Changeons les mentalités !”
- “Malgré tout ce que j’ai entendu sur le fait que je le portais trop, ne le laissait pas pleurer, qu’il dormait avec moi, j’ai suivi mon instinct et quand je vois comment il est maintenant je ne regrette absolument pas. Il dort dans son lit, dans sa chambre, il joue tout seul, il est très débrouillard, curieux. C’est un enfant épanoui”
- “Et à tous ceux qui ont pu dire, “*elle va devenir capricieuse*”, “tu l’habitues trop aux bras”,etc... Ils voient aujourd’hui par eux même qu’au contraire, ma fille (de 17 mois) est très indépendante, elle a confiance en elle et ne réclame pas plus les bras qu’un autre bébé (voir moins) qui n’a pas été porté et qu’on a laissé pleurer. Aujourd’hui j’apprends à mes copines qui ont des nouveau- nés à porter leurs bébés.”
- “Après certains a priori sont durs à combattre: “bébé est trop serré, il ne marchera jamais s’il est tant porté, il va être *trop habitué à être porté* etc” mais je reste convaincue de ses bienfaits ayant des enfants plutôt ouverts. Ma fille a été portée plus longtemps que son frère et l’est toujours actuellement et c’est celle qui est la plus autonome, la plus avenante... A voir la relation avec le portage, je ne sais pas...”
- “En espérant que les *mentalités évoluent* aussi car j’entends souvent “votre bébé sera *capricieux* puisque vous le portez sur vous tous les jours”...”
- “J’ai beaucoup aimé mais j’aurais aimé trouver des professionnels qui m’en parlent objectivement, sans le côté « c’est une mode» ou «après 2 mois, il faut passer à autre chose»...
- “L’entourage a été jugeant « il n’est jamais dans son transat cet enfant ! »”
- “il y a beaucoup de *jugement* venant de l’entourage ou de l’extérieur.”
- “J’ai quand même eu le droit au « *il va plus te quitter* » et alors. Et même c’est lui le moins farouche et timide avec les autres donc pour moi ça n’a aucune incidence sur le caractère au contraire il découvre beaucoup plus de chose, on a fait des randonnées, des expositions, des festivals des endroits où vous êtes coincés en poussette.”
- “Je me pose des questions parfois suite *aux jugements des gens* et me remets beaucoup en question. Je limite alors les temps de portage car je ne sais pas où trouver les informations.”
- “Les gens me regardaient et me regardent toujours comme si j’étais une extraterrestre lorsque je porte.”

f) Avis professionnel

- *une sage-femme* : “Étant au cœur de préparation à la naissance, on parle bain, habillage, colique... Mais très peu du portage (même à bras), du peau à peau.. Seulement si une maman pose une question.
Les professionnels de santé doivent défaire toute une éducation issue de la médecine hygiéniste pour déculpabiliser les parents (trop porter, trop écouter, trop....) Mais insister sur le fait que le bébé doit se développer ex utero comme in utero pendant les premiers mois (proximité du parent, contact, portage, tétées rapprochées...).
- *certaines auxiliaires* : portent au travail pour faciliter la séparation avec le parent

g) Autres remarques

- “Dommmage que les portes-bébé non physiologiques soient autorisés à la vente”
- “C’est encore malheureux de voir des portes bébé non physiologiques encore vendus et utilisés !!”
- “Je pense que c'est un phénomène de mode et que d'ici quelque temps on dira que ce n'est pas pour l'enfant (peut-être). comme tout ce qui concerne les nouveau-nés, les avis et les conseils changent d'un professionnel à l'autre.”
- “J'adore en tout point, mais je trouve que c'est un marché lucratif qui coûte cher aux parents et il y a tellement de choix qu'on s'y perd.”

h) La transmission

- “Le bonheur pour notre fils de 8 ans demande à porter son petit frère et il le fait très bien.”
- “J'ai porté mon neveu avec l'aide de mes belles sœurs africaines.”
- “Ma mère (grand-mère de bébé) aime aussi le porter!”
- “Elles ont été me chercher des moyens de portage dès qu'elles ont su faire du 4 pattes.”
- “J'ai commencé en portant ma petite soeur occasionnellement, c'était donc une évidence pour moi de porter ma fille..”
- “Mes filles portent maintenant leurs poupons.”

ANNEXE IV : Synthèse des règles de sécurité

Le bébé doit être

- En position verticale
- Tourné vers le porteur
- Porté haut : c'est-à-dire, qu'il faut avoir comme repère "la tête du bébé dans le creux du cou du porteur" ou encore "pouvoir faire un bisou sur le front de bébé"
- La tête dans l'axe de sa colonne vertébrale et soutenue par le moyen de portage
- Le nez et la bouche bien dégagés
- La tête, les mains et les pieds libres de mouvements
- Hydraté régulièrement
- Habillé selon la situation et l'épaisseur du moyen de portage
- En position accroupie : les genoux au nombril pour assurer la bascule du bassin et permettre la bonne maturation des hanches.

Le porteur

- Doit être attentif à la respiration, à la température, la coloration et au tonus du bébé.
- Doit être en état de vigilance. C'est-à-dire : pas de prise d'alcool, de médicaments ou autre substance réduisant l'attention.
- Doit être à pied : le portage n'est pas adapté à la voiture, au vélo, au sport ..

Pour le confort du porteur

- Le portage doit être haut : pour ne pas causer de problèmes de dos
- Le portage doit être serré et le plus centré possible pour permettre une meilleure répartition des charges, sans compression d'organes

ANNEXE V : Exemples de plaquettes d'information

1) Association porter son enfant

**PORTER UN ENFANT
EN TOUTE SÉCURITÉ**

en écharpe ou porte-bébé



Pour un portage conscient,
restons attentifs à nos sensations
ainsi qu'à notre enfant.

projet initié par le groupe inter-écoles de portage francophones

rester attentif

-  ... un portage vertical
- ... son menton décollé de son thorax
- ... un soutien de toute sa base

respecter sa physiologie

-  ... une position assis-accroupi
- ... son bassin basculé, son dos arrondi
- ... sa tête dans l'alignement de son tronc
- ... ses mains à portée de sa bouche
- ... pas de point d'appui pour ses pieds

prévoir une tenue vestimentaire appropriée

-  ... tenir compte de l'épaisseur du porte bébé :
1 couche de tissu = 1 couche de vêtement
- ... protéger les extrémités et la tête de bébé
du froid ou du soleil
- ... préférer une tenue confortable et légère

choisir le bon porte bébé

C'est un porte-bébé de qualité, en bon état, bien ajusté,
dont la teinture est garantie sans métaux lourds ni toxiques
adapté à l'âge / à la morphologie du bébé / à l'activité envisagée.

garder un état de vigilance



ne pas porter pendant le sommeil

proscrire la prise de médicaments alcool, drogue

éviter la position « berceau allongé »
avec bébé couché sur son dos au fond du tissu



le porte-bébé ne remplace pas un siège homologué

adapter ses activités



éviter les secousses ou les risques de chute

proscrire les pratiques intenses / dangereuses

tenir compte des variations de l'équilibre et du gabarit

Si vous ressentez le **besoin de tenir votre bébé**, alors il y a un **problème à régler** dans la qualité du nouage ou la tension du tissu.

Dans ce cas, ne laissez pas votre bébé dans l'écharpe ou le porte-bébé, refaites votre nouage ou votre installation.

N'HÉSITEZ PAS À DEMANDER DE L'AIDE

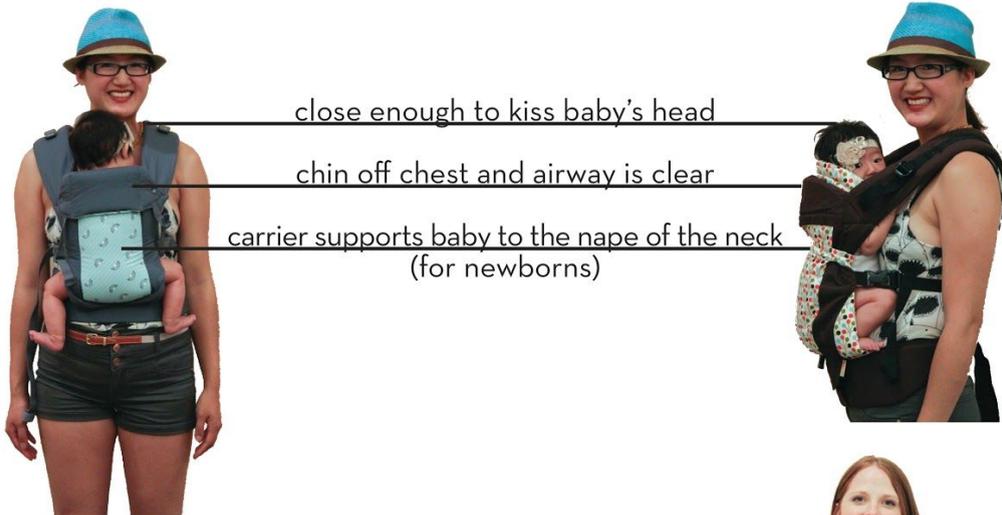
Vous pouvez **apprendre à porter** avec une **personne compétente**, expérimentée et, idéalement, **formée**, qui saura vous donner des conseils adéquats et personnalisés, ainsi que des gestes sûrs.

Il existe des formations certifiantes.

Des ateliers sont proposés par des associations et des professionnels, pour apprendre à porter ou essayer différents types de porte-bébés.

Pour vous informer sur le portage, et pour trouver des personnes-ressources dans votre région, LE site internet reconnu comme une référence : www.portersonenfant.fr

OPTIMAL POSITIONING: SOFT STRUCTURED CARRIER



straps snug but not too tight
back supported (no slumping)
knees higher than bum



clips are securely fastened
panel supports M position without splaying legs
waistband is parallel with the floor

3) Création de Flyer à partir des règles de sécurités principales

A RETENIR

Pour le bébé

- En position verticale : tête dans l'axe et soutenue par le moyen de portage
- Tourné vers le porteur
- Porté haut : "à hauteur de bisous"
- Le nez et la bouche bien dégagés
- extrémités libres et couvertes
- Hydraté régulièrement
- Habillé selon la situation et l'épaisseur du moyen de portage
- position grenouille

Pour le porteur

- Doit être attentif à la respiration, à la température, la coloration et au tonus du bébé.
 - Doit être en état de vigilance : pas de prise d'alcool, de médicaments, de stupéfiants
 - Doit être à pied : le portage n'est pas adapté à la voiture, au vélo, au sport
- Pour le confort du porteur

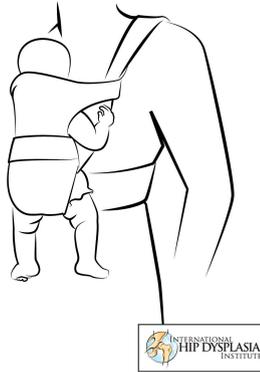
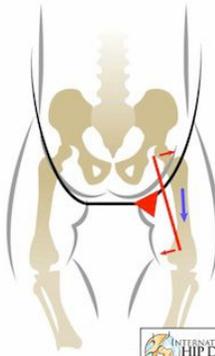
→ Utiliser du matériel de bonne qualité et destiné à cet usage.



Pour plus d'informations : n'hésitez pas à contacter des associations spécialisées ou des professionnels de santé formés sur le sujet ex nom prénom (SF mater ou extérieur)

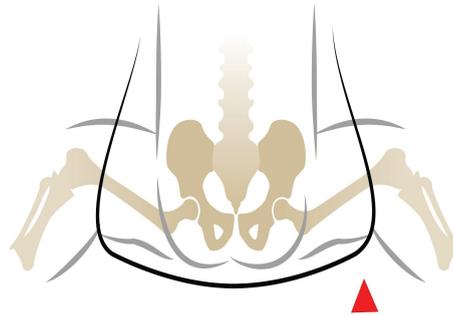
4) International Hip Dysplasia Institute

Not Recommended (narrow based carrier):



Thigh NOT supported to the knee joint. The resulting forces on the hip joint may contribute to hip dysplasia.

Better:



Thigh is supported to the knee joint. The forces on the hip joint are minimal because the legs are spread, supported, and the hip is in a more stable position.

RÉSUMÉ

En France, la pratique du portage des nouveau-nés devient courante depuis quelques années. Mais il n'existe pas de chiffres ou d'étude permettant d'objectiver cette pratique.

Pour avoir de plus amples informations sur le sujet, nous avons réalisé une étude transversale, par questionnaire, auprès des femmes habitant en France métropolitaine.

Le but était d'avoir une photographie des pratiques des femmes, et de leurs attentes sur le sujet.

Notre étude nous a permis de constater que les femmes qui portent leur enfant semblent nombreuses. Elles sont très impliquées, portent leur enfant dès la naissance et de façon régulière.

Elles souhaiteraient pour la majorité d'entre elles, une information sur le sujet, donnée par un professionnel de santé.

La considération de la pratique des femmes et de leurs attentes peut permettre un accompagnement plus adapté dans le cadre de l'exercice professionnel de la sage-femme.

mots clés

portage, nouveau-né, sage-femme