



**Le toucher soignant dans l'accompagnement à
l'allaitement maternel en maternité : vécu des mères
allaitantes et alternatives. Étude qualitative auprès de 9
mères allaitantes au CHRU de Brest du 1er août 2015
au 31 janvier 2016**

Élodie Morlier

► **To cite this version:**

Élodie Morlier. Le toucher soignant dans l'accompagnement à l'allaitement maternel en maternité : vécu des mères allaitantes et alternatives. Étude qualitative auprès de 9 mères allaitantes au CHRU de Brest du 1er août 2015 au 31 janvier 2016. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016.

HAL Id: dumas-01560107

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01560107>

Submitted on 11 Jul 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

ECOLE DE SAGES-FEMMES
UFR de médecine et des sciences de la santé
BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES
ANNEE 2015-2016

**Le toucher soignant dans l'accompagnement à
l'allaitement maternel en maternité :
vécu des mères allaitantes et alternatives**

**Etude qualitative auprès de 9 mères allaitantes au CHRU de Brest
du 1^{er} août 2015 au 31 janvier 2016**

Présenté et soutenu par :
Elodie MORLIER
Née le 08 mars 1981

Directeur de mémoire : Docteur GREMMO-FEGER

REMERCIEMENTS

Je remercie tout particulièrement :

Le Docteur GREMMO-FEGER, expert de ce mémoire, pour sa confiance, son soutien et le partage de son savoir.

Madame JUBIL, guidante et conseillère méthodologique de ce travail, mais aussi l'ensemble de l'équipe enseignante de l'école de Sages-Femmes de Brest, pour leur soutien, leurs conseils, l'écoute et la disponibilité qu'elles ont toutes su m'apporter au cours de ces dernières années.

Les mères qui ont accepté de prendre le temps de témoigner.

Mes amies, Emilie, Camille et Manon, pour avoir écouté et compris mes difficultés, pour avoir été là, tout simplement, à chaque instant.

Mes enfants, Lou et Lily, à l'origine de ma vocation de sage-femme, sans qui je ne serais pas là aujourd'hui.

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée Elodie MORLIER assure avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Bretagne Occidentale.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour rédiger ce travail.

Signature :

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	4
II. MATERIEL ET METHODES	5
1. ETUDE	5
2. POPULATION	5
3. OUTILS	6
III. RESULTATS.....	7
1. PRESENTATION DE LA POPULATION	7
2. ANALYSE DES ENTRETIENS.....	7
<i>Indifférence ou corps-objet ?</i>	<i>7</i>
<i>Un apprentissage nécessaire et une aide à la prise en charge des difficultés</i>	<i>9</i>
<i>Informations et alternatives</i>	<i>12</i>
IV. DISCUSSION.....	14
<i>Indifférence ou corps-objet ?</i>	<i>14</i>
<i>Un apprentissage nécessaire et une aide à la prise en charge des difficultés</i>	<i>15</i>
<i>Informations et alternatives</i>	<i>17</i>
V. CONCLUSION	19
BIBLIOGRAPHIE.....	21
ANNEXE : GUIDE D'ENTRETIEN.....	24

I. INTRODUCTION

L'allaitement maternel (AM) est le mode d'alimentation le mieux adapté pour la croissance et le développement du nourrisson (1), il diminue de façon significative le risque de contracter une infection gastro-intestinale, respiratoire ou ORL (2,3,4), de même que le risque de mort subite du nourrisson (5). A plus long terme, il joue aussi un rôle dans la prévention de l'obésité et du diabète chez l'enfant (6,7,8).

Il apporte également des bénéfices pour les mères tels que la diminution des cancers du sein (9) et de l'ovaire (10), ainsi que le risque de développer de l'hypertension artérielle (11) et du diabète (12).

Ainsi, l'OMS recommande d'allaiter exclusivement les nourrissons jusqu'à 6 mois, et de poursuivre au-delà de la diversification, c'est-à-dire jusqu'à deux ans, voire plus (13).

En France, le Programme national Nutrition Santé (PNNS) fait les mêmes recommandations (14).

Malgré cela, l'enquête de périnatalité de 2010 montre que les taux d'initiation à l'allaitement en France sont les plus bas d'Europe, soit 69% (15, 16, 17).

L'étude Epifane publiée en 2014 montre des taux d'initiation légèrement supérieurs, soit 74%, avec une durée médiane de 15 semaines. A 3 mois, seuls 40% des enfants sont encore allaités, et à 6 mois, ce taux baisse à 25% (18).

Ces faibles taux sont expliqués par plusieurs raisons. D'abord, de nombreuses mères ne souhaitent pas d'emblée allaiter et expliquent leur choix par des raisons multiples : représentations culturelles, représentation du corps, douleur, fatigue, reprise du travail, place du père, accès à des préparations lactées de qualité satisfaisante pour la santé des nourrissons,... (19, 20, 21).

Ensuite, pour celles qui choisissent l'AM, les obstacles sont nombreux : douleur, fatigue, perception d'une insuffisance de production lactée, bébé qui a du mal à téter, critiques de l'entourage...(22).

Les jeunes mères sont particulièrement sensibles, bouleversées émotionnellement par la grossesse, la naissance et les besoins du nouveau-né, ce qui explique que les paroles des soignants soient perçues, malgré eux, aussi bien comme soutenantes, que comme culpabilisantes (23). Les conseils donnés sont souvent contradictoires, ce qui remet en cause la crédibilité des soignants, et la confiance capacité des mères dans leur capacité à allaiter (24).

L'apprentissage actuel de l'allaitement en maternité s'est développé autour du toucher par les professionnels, ou « hands-on approach », pour pallier aux effets sédatifs des antalgiques utilisés lors de l'accouchement. En effet, les mères et leur nouveau-nés étaient perçus comme incapables d'initier l'allaitement par eux-mêmes et nécessitant une intervention manuelle de professionnels « experts » pour « attacher » le bébé au sein (25).

Les études sur le vécu des mères du toucher par le personnel soignant lors des premières « mises au sein » sont peu nombreuses mais tendent à montrer que ces dernières sont perçues de manière négative (26,27).

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la perception par un échantillon de mères du toucher par les soignants lors de l'accompagnement à l'allaitement maternel en salle de naissance et à la maternité.

Les objectifs secondaires sont d'une part d'évaluer les connaissances des mères sur le toucher dans la relation soignant-soigné en amont de l'accouchement, et d'autre part d'évaluer la nécessité d'une modification et de l'information donnée lors de la grossesse, et de la prise en charge dans les premiers jours du post-partum.

II. MATERIEL ET METHODES

1. Etude

Une étude qualitative a été menée par le biais d'entretiens semi-directifs du 3 au 9 août 2015 et du 25 au 27 janvier 2016 au CHRU de Brest, maternité de niveau III, non labellisée Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB) mais mettant en œuvre les recommandations pratiques à la base de cette démarche (28).

2. Population

Critères d'inclusion

Mères allaitantes, parlant et comprenant le français, de singletons nés à terme et en bonne santé.

Recrutement

Le recrutement a eu lieu en maternité du 3 au 9 août 2015, et du 25 au 27 janvier 2016 auprès de patientes à J2 minimum du post-partum, pour permettre une réponse avec un minimum de recul nécessaire par rapport au nombre d'intervention des professionnels.

Toutes les patientes répondant aux critères d'inclusion ont été sollicitées et ont répondu favorablement mais, pour des raisons de faisabilité, seules 9 ont pu être interrogées.

3. Outils

Au préalable, un recueil de données personnelles a été effectué à l'aide du dossier de chaque patiente.

Après explications données aux patientes sur les conditions d'entretien et obtention de leur accord, les propos échangés ont été enregistrés et retranscrits littéralement de façon anonyme.

Cinq thèmes ont été abordés, via un guide d'entretien (en annexe) :

- Perception émotionnelle et morale du toucher dans la relation soignant-soigné
- Perception physique du toucher dans la relation soignant-soigné
- Vécu et prise en charge par le toucher lors des difficultés d'allaitement
- Connaissance des femmes antérieures à l'accouchement à propos du toucher dans la relation soignant-soigné
- Souhaits rétrospectifs et futurs

III. RESULTATS

1. Présentation de la population

	Age	Statut civil	Métier	Niveau d'étude	Origine Culture	Gestité Parité	Nb d'AM précédents	Durée des précédents AM	Voie d'accouchement	Durée entretien
Madame A.	34	Mariée	Employée agricole	BEP/CAP	Roumaine	G5/P3	2	2 mois 1/2 12 mois et +	Césarienne	8 min
Madame B.	36	En couple	Chargée de projet	BAC+5	Française	G4/P1	0	0	AVB spatules	24 min
Madame C.	41	Mariée	Aide-soignante	CAP	Française Algérienne	G3P1	0	0	Césarienne	14 min
Madame D.	37	Pacsée	Travailleur social	BAC	Française	G1P1	0	0	AVB ventouse	16 min
Madame E.	29	En couple	IDE	BAC+3	Française	G2P2	1	15 jours	AVB	12 min
Madame F.	28	En couple	Technicienne	BAC+3	Française	G1P1	0	0	AVB ventouse spatules	17 min
Madame G.	25	En couple	Etudiante master	BAC+4	Française Maoraise	G2P2	1	8 mois	AVB	6 min
Madame H.	30	En couple	IDE	BAC+3	Française	G1P1	0	0	AVB	14 min
Madame I.	33	En couple	Serveuse	BEP/CAP	Française	G1P1	0	0	AVB	16 min

2. Analyse des entretiens

Les mots-clés, expressions ou idées communes aux entretiens ont permis d'organiser les résultats en trois thèmes d'étude :

- Indifférence ou corps-objet ?
- Un apprentissage nécessaire et une aide à la prise en charge des difficultés
- Informations et alternatives

Les dénominations « personnel soignant » et « professionnels » incluent indifféremment les sages-femmes ou les auxiliaires de puériculture, sauf si spécification précise.

Indifférence ou corps-objet ?

Le toucher par le soignant lors de l'accompagnement à l'allaitement maternel est perçu différemment par les mères, que ce soit au niveau émotionnel ou physique.

Deux d'entre elles n'ont pas porté de considération à leurs ressentis : « *J'ai pas fait attention* », « *Rien de spécial* », « *Ça ne m'a rien fait du tout* ». Elles répondent laconiquement aux questions et montrent une apparente indifférence.

Les sept autres disent être globalement satisfaites de l'accompagnement par le toucher mais cinq d'entre elles évoquent un état d'esprit particulier propre à la maternité.

Ainsi, Madame B. est mitigée : « *J'ai trouvé ça plutôt pas mal* » « *C'est jamais super non plus de se faire presser le téton* ». Elle fait le lien avec la fonction sexualisée du sein : « *C'est pas une sensation commune, on se fait assez rarement peloter les seins comme ça...* » tout en la distinguant nettement de sa fonction nourricière prédominante les premiers jours suivant l'accouchement : « *C'est différent de la vie de tous les jours [...] où on pose une main sur vous, ça peut être pris comme quelque chose qui vient dans la sphère privée, [...] c'est plus les mêmes règles qui s'appliquent* ». Elle explique ce clivage par un changement de son mode de pensée : « *On est tellement en mode accueil du bébé* », « *On se met en mode maternité* », « *Je pense qu'on fait sans même s'en rendre compte* ».

Madame C. fait le parallèle avec l'accouchement et son obligation à faire abstraction du toucher par les professionnels : « *Pendant toute la durée du travail, ils ont pas arrêté, donc après finalement, on se laisse aller, [...] on s'abandonne* », « *Toutes les heures, toutes les demi-heures, toucher vaginal pour savoir où en était le travail, donc au bout d'un moment, on n'y prête plus attention, on laisse tomber cette pudeur qu'on peut avoir [...] donc moi j'ai pas pris en compte cette dimension du toucher, la place qu'elle pouvait avoir, ou si elle pouvait me déranger ou pas, puisque c'était à bon escient* ». S'y ajoute le sentiment d'avoir une obligation comportementale de « bon patient » par rapport à la sphère médicale : « *On est dans un CHU, à l'hôpital, on est obligé de toucher pour voir où ça en est* ».

Madame D. se dit « *plutôt très satisfaite* » de sa prise en charge en faisant le même constat que Madame B. et Madame C. : « *Ça m'a pas gênée du tout, du tout. Bon, c'est vrai qu'après c'est peut-être suite à l'accouchement [...] où au niveau pudeur en fait y a plus rien, y a plus de filtre, [...] on se dit que c'est logique puisqu'il faut donner à manger à son enfant.* », « *Je suis quelqu'un de très pudique à la base et j'aime pas qu'on me touche, et là ça me dérange pas du tout, je pense que c'est pour mon enfant, [...] si on le faisait pas, je pense qu'on n'y arriverait peut-être pas non plus* ». Elle fait la distinction entre la parenthèse de la maternité et « l'après » : « *Après, peut-être que dans un mois ça me gênerait qu'on vienne me retoucher la poitrine pour me ré-expliquer*», « *C'est vraiment au niveau de la naissance* », « *Même dans un mois [...] j'aurais plus de mal à ce qu'on me touche la poitrine je pense que maintenant* », « *C'est terminé en fait le côté accouchement. Après c'est autre chose. Si par exemple j'étais en difficulté, qu'on me remontre, j'aurais plus de mal, ça me toucherait plus, alors que là c'est vraiment à part* », « *J'aurais pas le même affect [...] ce serait très différent je pense* ».

Madame F. s'est sentie aidée à se servir du sein comme un outil à fonction physiologique nourricière : « *Je suis pas quelqu'un de pudique, ça me dérange pas qu'on me touche, [...] je voyais plus une aide, et en fait j'étais plus du tout dans le rapport... que les seins peuvent avoir en rapport avec la séduction, [...] je le voyais plus comme une autre partie de mon corps, un bras, une cuisse, c'était là pour aider mon bébé* ».

Madame I. dit que ça ne lui fait rien et se met à distance d'elle-même et de ses ressentis : « *C'est normal* », « *C'est médical* », « *Faut le faire* », « *C'est plus pour bébé que c'est important, pour moi c'est rien tout ça* ».

Au niveau physique, l'une des mères s'est dite plus surprise par la sensation tactile de son bébé sur le sein que par le toucher du personnel soignant : « *C'est plus le bébé en fait, quand il touche la poitrine, que ça nous fait une drôle de sensation* ». La douleur en a gêné une autre, mais pas le fait qu'on utilise le toucher : « *Y a eu quelques fois où, dans le but d'aider la tétée, c'était peut-être un peu plus violent, [...], j'étais mal à l'aise parce que ça me faisait mal, mais jamais je me suis sentie un peu... malmenée, ou quelque chose où j'aurais vraiment été pas du tout à l'aise* », « *C'est le fait de presser le sein* », « *Je me crispais, et j'étais moins à l'aise* ».

Un apprentissage nécessaire et une aide à la prise en charge des difficultés

Les deux mères semblant indifférentes au toucher sont les seules qui n'ont rencontré aucune difficulté pour allaiter. L'une d'elle souligne tout de même : « *J'accepte les gestes [...] pour mieux soigner ou bien mieux aider..., [...] pour apprendre* ».

Pour les sept autres mères, l'initiation à l'allaitement semble plus complexe. Elles évoquent toutes leur manque d'expérience et la nécessité d'un apprentissage à l'allaitement pour répondre aux besoins de leur nouveau-né. Cette dépendance au corps médical est dans l'ensemble bien acceptée car l'aide apportée par les soignants est multiple, bénéfique, et le consentement systématiquement demandé.

Ainsi, Madame B. avait conscience des possibles difficultés de démarrage de l'allaitement abordées en cours de préparation à la naissance : « *Il faut que les seins le veuillent bien, il faut que la maman ça aille bien, il faut que le bébé aussi tète bien, c'est une certaine alchimie à trouver* », elle manque de modèle : « *J'ai personne autour de moi qui a déjà allaité et qui peut me guider* ». En l'absence d'expérience, et face aux difficultés rencontrées, elle accepte l'intrusion des soignants dans sa sphère intime : « *On a bien conscience qu'on est en*

apprentissage et qu'il faut en passer par là ». Elle souligne cependant l'approche respectueuse des professionnels par leurs demandes d'autorisation systématiques avant chaque toucher : *« Ce qui m'a marquée, c'est qu'on m'a toujours, toujours demandé si j'étais OK ».* Elle apprécie la disponibilité, la proximité, le soutien et les encouragements du personnel soignant. Elle perçoit le toucher *« comme un exercice pratique »* et marque là encore la dissociation entre le corps et l'esprit : *« C'était presque plus mes seins, on se met en mode travaux dirigés ».*

Madame C. a un retard de montée laiteuse. Elle exprime des sentiments d'obligation de faire abstraction de ses besoins propres, d'assumer ses choix, et d'accepter un incontournable apprentissage par le toucher : *« On est obligé, on a choisi, il faut être guidé »*, pour le bien de son enfant : *« C'est désarmant parce qu'on a envie de nourrir son enfant et on a aucune solution [...] c'est désolant au plus profond de soi ».* Le toucher lui semble indissociable de l'écoute et du soutien apporté par l'équipe : le personnel a répondu par *« les massages, les appuis, la position »*, ce qui lui a permis de *« pouvoir reproduire les gestes avec la même énergie, la même force, en appuyant, ou en guidant, ou en tenant, ou en dirigeant l'enfant »*, ce qu'elle a trouvé positif. Elle complète : *« Ça m'a presque soulagée parce qu'elles avaient les mains froides ».* Elle s'est sentie *« rassurée, guidée », « accompagnée », « écoutée ».*

Madame D. met également l'accent sur l'apprentissage nécessaire de l'allaitement : *« C'est vraiment dans le but de nous montrer, de nous apprendre »*, *« Je trouve que c'était bien amené et ça m'a pas dérangée du tout, au contraire »* et la douleur est telle lors des tétées qu'elle encourage le personnel à l'aider par le toucher : *« J'étais en difficulté donc ouais c'était : allez-y, touchez ! ».* Elle pense en retirer un bénéfice immédiat : *« C'est vraiment un accompagnement, qui efface les difficultés ».* Cependant, pour elle, la demande systématique d'accès à sa poitrine par les professionnels ne lui semble pas nécessaire : *« C'est tellement logique quand on est dans une démarche d'apprentissage », « C'est même logique qu'ils le fassent sans me demander puisque j'ai déjà dit oui une première fois »*, même si elle admet qu'on *« pourrait s'offusquer »* de ne pas le faire.

Madame E. dit également s'être adaptée à un apprentissage obligatoire : *« Je me suis dit que ça faisait partie du processus parce que nous on est un peu novice, on sait pas trop comment il faut faire ».* Elle fait part de la douleur provoquée lors de l'initiation à l'allaitement : *« C'est surtout quand le bébé prend le sein et qu'il commence à téter, c'est assez douloureux, ça m'amène des décharges électriques... ».* Cette douleur, exacerbée par la fatigue, la fait balancer entre découragement et volonté de poursuivre : *« C'est pas évident avec la fatigue après l'accouchement, on a l'impression qu'on va pas y arriver, [...] on essaie de s'accrocher, [...] j'ai de la chance parce que mon bébé il est assez efficace au niveau de la succion, c'est*

juste moi, un travail à faire sur moi, sur accepter que ça fasse un petit peu mal ». Ainsi, le personnel lui a montré comment il fallait qu'elle « *pince un petit peu le sein* » pour aider son bébé à bien l'attraper et lui a conseillé les téterelles.

Pour madame F. « *l'accroche au sein ne se fait pas* », son bébé « *n'arrive pas à téter* » et finit par perdre patience : « *C'est un peu un cercle vicieux, moi je me crispe aussi parce que j'arrive pas à bien le positionner, lui il s'énerve, il bat des pieds, des bras, et la tête dans tous les sens, et du coup ça n'avance pas...* ». Le personnel a tenté plusieurs approches par le toucher, telles que l'expression manuelle : « *Déjà bien positionner, ensuite approcher la tête, approcher le sein, presser le sein essayer de faire sortir un peu de colostrum, pour stimuler l'odorat du bébé* ». Les bouts de sein lui ont été proposés, puis le dispositif d'aide à l'allaitement (DAL) au sein, sans succès. Son bébé est finalement allaité avec le DAL au doigt, et Madame F. tire son lait malgré ses réticences initiales : « *Avant d'allaiter, avant d'être enceinte, j'étais pas spécialement pro-allaitement, [...] les tire-laits ça me paraissait complètement... industriel, enfin ça me faisait penser à l'industrie agro-alimentaire, du coup je me disais : « Oh la la, je me vois vraiment pas faire ça ! » ; et puis au final, en essayant, je me suis dit : « Oh bin si, au final, c'est pas mal ! », enfin ça permet quand même d'avoir le bénéfice du lait maternel sans l'énervement qu'on peut avoir quand ça marche pas* ».

Madame H. évoque le fait qu'elle soit novice, la douleur, l'attente de la montée de lait, le fait d'être responsable à part entière de la prise ou de la perte de poids de son enfant, et la frustration qui en résulte. L'aide apportée par le personnel lui a été bénéfique, que ce soit au niveau moral : « *Elles ont été formidables, que ce soit la nuit, le jour, [...] elles sont douces, elles prennent le temps de conseiller* » ou physique : « *Elles m'ont montré en appuyant sur le sein que justement mon bébé déglutissait beaucoup mieux et que ça stimulait (la lactation)* », et pour elle aussi « *certaines ont les mains froides et (elle) doit avouer que ça fait du bien sur le sein !* ». Le toucher soignant représente à ses yeux « *une aide et un apprentissage* » à partir du moment où elle a « *donné (son) consentement* ». Elle souligne en effet : « *A chaque fois qu'on a dû me toucher la poitrine, le personnel m'a toujours demandé l'autorisation avant [...] et le fait qu'ils le fassent, naturellement, ça m'a mis à l'aise parce que je donnais mon aval, et du coup ça s'est bien passé [...] j'ai vraiment pris ça comme une aide, et pas comme une invasion ou une violation de mon corps* ». Elle insiste fortement sur l'importance et la légitimité de cette demande systématique des professionnels : « *Le fait que la personne demande, ouais c'est important, parce que c'est une zone quand même... intime* ».

Madame I. a « *les tétons un petit peu trop petits ou trop raccourcis* », et un bébé qui se fatigue vite au sein. Elle a enchaîné les téterelles, puis le DAL. Le personnel lui fait de l'expression

manuelle, ce qui, « *comme (elle est) un peu sensible, reste un peu gênant* » mais lui permet d'apprendre. Elle se sent soutenue par le corps médical, mais, elle, est gênée par les mains froides de certaines intervenantes.

Informations et alternatives

Avant l'accouchement, aucune des mères interrogées n'a bénéficié d'information concernant le toucher que pourrait être amené à pratiquer le personnel pour les accompagner dans leur allaitement, qu'elles aient ou non assisté à des cours de préparation à la parentalité. Leurs avis divergent sur l'utilité d'une telle information.

Ainsi, Madame B. ne voit pas l'intérêt d'aborder ce sujet lors de telles séances : « *Pour moi, on arrive dans une bulle [...], c'est un truc un peu à part, ça m'a pas choquée* ».

De même que Madame H. pour qui l'essentiel est qu'au « *moment où elles viennent nous aider, elles demandent le consentement, tout simplement* », « *pour moi c'est quelque chose de pratique, sur le terrain* ».

Pour Madame I. « *ça paraît logique* » de ne pas recevoir d'informations en amont, « *ça fait partie d'un tout, d'un accouchement, ça va avec* ».

Alors que Madame D. dit à plusieurs reprises n'avoir pas été « *dérangée* » ni « *gênée* » par l'accompagnement tactile en maternité, et même avoir trouvé cela « *indispensable pour l'apprentissage* », elle pense qu'avoir reçu cette information en amont aurait pu la décourager d'essayer, car elle s'attendait déjà à devoir subir un certain nombre d'actes agressifs autour de l'accouchement : « *Ça m'aurait peut-être refroidie de le savoir... enfin après j'avais vraiment envie d'allaiter donc je l'aurais quand même fait de toutes façons, mais ça m'aurait peut-être un petit peu à l'avance gênée, en me disant : « Ça suffit pas que ce soit le bas, même dans les seins, on a l'impression à un moment de la grossesse que notre corps nous appartient plus, que c'est juste un... un nid...on sait qu'il y a l'utérus, qu'il y aura l'épisio sans doute, [...], si en plus on se dit : « On va nous attaquer les seins aussi ! », ça commence à faire beaucoup ! Alors que ça semble logique en même temps mais on s'y fait progressivement au cours de la grossesse, on a pas besoin de rajouter autre chose* ».

Madame F. quant à elle juge que « *ça aurait pu être pas mal de le dire* » en séance de préparation ou lors de l'entretien individuel précoce, car elle pense que pour « *certaines personnes, ça peut peut-être être compliqué* ». Comme Madame D., même si lors de son séjour elle n'a « *pas du tout trouvé (le toucher) intrusif* », elle suppose qu'il pourrait être pris

comme une agression, ou du moins quelque chose de désagréable à subir, et que l'absence d'information à ce sujet en amont de l'accouchement serait intentionnelle : « *C'est peut-être pour pas décourager les gens non plus* ».

Aucune des mères interrogées ne semble non plus connaître d'alternatives au toucher dans l'accompagnement à l'initiation de l'allaitement.

Madame D. est « *persuadée que le toucher est indispensable* » car « *on voit comment la sage-femme ou l'auxiliaire touche le sein donc après on refait de la même façon, [...] on visualise, on intègre au fur et à mesure* » ; elle ajoute : « *Elles m'auraient expliqué sans me toucher, j'aurais pas réussi à le faire* », « *y aurait pas eu le toucher, je pense que j'aurais peut-être lâché l'affaire* ».

Tout comme Madame F., Madame C. ne « *connait pas d'autres façons d'apprendre que le toucher* » : « *pour tout on est obligé de toucher, de manipuler pour pouvoir apprendre* », « *une lecture, des fascicules* » ne lui auraient pas permis d'appréhender toutes les dimensions « *d'énergie, [...] de force, de pression qu'on peut avoir pour faire sortir le lait* ».

Madame H. dit également sa satisfaction d'avoir été bien guidée, réconfortée, encouragée, et argumente en faveur de l'apprentissage tactile : « *C'est important, de toutes façons, dans le domaine médical ou paramédical, le toucher, pour moi ça fait partie du métier* ».

Madame I. exprime également la nécessité d'un apprentissage tactile car elle n'en connaît pas d'autres. Elle déplore simplement les conseils contradictoires des différents membres du personnel : « *Tout le monde a pas la même façon de faire non plus, des fois c'est un petit peu déstabilisant parce qu'on pense bien faire, et puis vous avez une autre sage-femme qui dit : « Ah non, non, faut faire comme ça », [...] on me disait qu'il fallait tout le temps que je mette mon doigt (sur le sein) pour que bébé respire, la fois d'après on me dit non* », mais elle conclut : « *Après chacun a ses petites méthodes aussi, puis on prend ce qui est bon, enfin ce qui nous convient à nous et à bébé* ».

Madame E. dit que l'apprentissage « *s'est fait assez naturellement* » mais « *trouve quand même qu'(elle) est un petit peu livré(e) à (elle)-même* ». En fait, elle « *n'ose pas appeler* », a « *peur de déranger* », se dit « *qu'il faut qu'(elle) y arrive toute seule* ».

Madame B. se souvient : « *La sage-femme nous racontait l'histoire, pendant un cours (de préparation à la naissance), d'une femelle gorille, dans un zoo [...] comme quoi il a fallu quand*

même montrer à cette petite femelle gorille comment on allaitait », et elle convient qu'on « a tous besoin d'un modèle, de mimer [...] pour apprendre », mais sans faire le lien avec le fait que cette femelle gorille n'ait pas été touchée mais avait pu apprendre à allaiter simplement en observant une autre mère, humaine, allaiter (29). Elle exprime également sa satisfaction mais déplore le changement fréquent d'interlocuteur. De plus, elle compare son séjour à une « bulle », et constate que se décentrer de ses difficultés peut être bénéfique : « Là je suis sortie pour la première fois depuis deux jours de la chambre. Ouah ! Y a un monde à l'extérieur, j'avais oublié ! » « Le simple fait de descendre, de prendre l'air deux secondes [...] ça m'a fait du bien ! [...] c'était plus détendu », cela lui a permis de prendre du recul, « de voir le reste qui continue à tourner ». Elle suggère : « Peut-être que d'autres rencontres, avec d'autres qui mamans qui galèrent aussi, ça pourrait être intéressant ».

IV. DISCUSSION

Indifférence ou corps-objet ?

Dans une étude publiée en 2015 par Suvilehto et al. (30), 1368 participants Européens ont été invités à indiquer les parties de leur corps dont ils permettaient l'accès au toucher que ce soit à leur partenaire, à leurs amis, aux membres de leur famille, ou à des étrangers. Ceci a permis d'établir une cartographie du corps humain corrélant les zones du corps accessibles au toucher d'une part, à la relation émotionnelle existant entre les participants et les membres de leur réseau social d'autre part. Comme l'étude le présupposait, plus les membres du réseau social sont proches émotionnellement, plus le toucher est perçu comme plaisant, et plus les membres du réseau sont autorisés à avoir accès à une large partie du corps humain. Ainsi, seul le partenaire sexuel peut toucher l'ensemble du corps, incluant les zones génitales, dites zones « taboues », tandis qu'un étranger ne sera autorisé qu'à toucher les mains.

Ainsi, on s'attend à ce que le toucher des soignants, qui sont étrangers aux mères, soit rejeté par ces dernières, ou considéré comme déplaisant, comme ce qui a été montré chez les mères allaitantes suédoises via deux études : l'une qualitative, menée par Weimers et al. en 2001 (26), et l'autre quantitative, menée par Cato et al. en 2014 (27).

Ceci entre en contradiction avec les réponses collectées en entretien. En effet, deux mères disent n'avoir rien ressenti, ni physiquement, ni émotionnellement. Peut-être ressentent-elles réellement de l'indifférence face au toucher. Mais on peut aussi légitimement se demander s'il existe un biais lié à la façon dont est conduit l'entretien, s'il existe de la réserve, de la défense,

un problème d'expression, un manque de confiance ou une passivité par rapport au monde médical. De même d'autres biais sont envisageables tels qu'une préoccupation autre, une réponse éducationnelle ou culturelle (l'une des mères est Roumaine, l'autre originaire de Mayotte), le fait qu'elles aient déjà mené avec succès des allaitements longs (supérieurs à 6 mois) et qu'elles aient peut-être une aisance leur permettant de ne pas connaître de difficulté d'initiation à l'allaitement et de moins solliciter le personnel.

Peut-être cette apparente indifférence rejoint-elle le processus de mise à distance du corps, de dissociation du corps et de l'esprit évoqué plus ou moins consciemment par les sept autres mères. Ce processus, qui va plus loin que la simple opposition entre fonction sexualisée et fonction nourricière du sein maternel, est décrit par Winnicott (31) comme la « préoccupation maternelle primaire », c'est-à-dire un état psychique transitoire « schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus », permettant ainsi à la mère de faire abstraction de ses besoins et de ses affects pour adapter son comportement aux besoins de son nouveau-né. Cette « maladie normale », ce conditionnement biologique et psychologique, débiterait dès la fin de grossesse pour permettre à l'établissement du « moi » du bébé de reposer sur un « sentiment continu d'exister » suffisant, en d'autres termes pour permettre la survie et le bon développement d'un nouvel être totalement dépendant. Cette « fugue » psychique régresserait ensuite dans les premières semaines du post-partum pour permettre à l'enfant l'accès à l'autonomie via la frustration. On peut se demander si ce clivage est amorcé par la femme elle-même ou s'il pourrait l'être par le corps médical, car l'une des mères semble avoir lutté pour repousser cette échéance de l'intrusion du toucher dans sa sphère intime, en amont de l'allaitement maternel, avant d'abandonner, et de finalement ne même plus s'autoriser à percevoir, à sentir le toucher. On peut également s'interroger sur le début exact de ce processus, et jusqu'à quand il se produit. Ainsi, les entretiens auraient peut-être produit des réponses différentes à quelques semaines ou quelques mois de distance de l'accouchement. C'est d'ailleurs un point qui diffère vis-à-vis des études de Weimers et de Cato car ces dernières ont été menées respectivement durant les six premiers mois du post-partum, et à six mois du post-partum, même si Weimers souligne également cette perception du corps par les mères allaitantes, et plus précisément des seins, comme des objets.

Un apprentissage nécessaire et une aide à la prise en charge des difficultés

La majorité des mères interrogées exprime le manque d'expérience et la nécessité d'un apprentissage à l'allaitement. Cette dépendance « technique » au corps médical est exacerbée par de multiples facteurs : la fragilité psychologique des mères en état de « préoccupation maternelle primaire » et le fait que la zone corporelle concernée soit une

« zone taboue » selon Suvilehto (30); le sens aigu de responsabilité vis-à-vis des besoins de leur nouveau-né, et donc de leur santé et de leur survie ; la fatigue ; la douleur, la frustration et la perte de confiance en soi engendrées par les difficultés d'initiation de l'allaitement...

Tout ceci place les mères allaitantes dans une situation de particulière vulnérabilité psychique et physique, à laquelle, dans cette étude, le personnel soignant semble répondre de façon adéquate.

Sur le plan émotionnel, toutes les mères font l'éloge de la bienveillance du personnel : elles évoquent tour à tour les notions de soutien, d'accompagnement, d'aide, de disponibilité, d'écoute, de réassurance, d'encouragement, de guidance, de conseil.

Sur le plan physique, le toucher a essentiellement consisté en des repositionnements des mères et de leur enfant, ainsi qu'en de l'expression manuelle. Les mères expriment ce toucher comme un « *exercice pratique* », des « *travaux dirigés* ». Ceci leur a en effet permis de reproduire et intégrer la gestuelle, la force et l'énergie nécessaires à mettre en œuvre, notamment lors de l'expression manuelle. Certaines soulignent la douceur des intervenantes et le soulagement ressenti, d'autres l'exacerbation d'une douleur préexistante.

L'accompagnement par le toucher des soignants est bien accepté par les patientes grâce à la demande systématique de consentement. Pour certaines, cette demande est absolument fondamentale.

Ceci corrobore l'étude de Weimers (26), dans laquelle le toucher est vécu par les mères comme inattendu, brutal, déplaisant, et comme une violation de leur intégrité, dans la mesure où le toucher n'est précédé ni d'explications, ni de demande de consentement. Ainsi toutes les mères interrogées auraient mieux vécu cette intrusion en ayant disposé de cette information en amont pour pouvoir donner leur accord.

Par ailleurs, dans cette même étude, deux points diffèrent de celle-ci et sont à prendre en compte pour expliquer la vulnérabilité et l'expression des sentiments négatifs des mères. D'une part, le fait que les nouveau-nés sélectionnés étaient prématurés ou malades, et temporairement séparés de leur mère, ce qui ne leur a pas permis de profiter des effets bénéfiques du peau-à-peau ni d'une initiation optimale de l'allaitement maternel, induisant probablement un recours plus élevé aux interventions tactiles ultérieures du personnel. En effet, la plupart a été nourri autrement qu'au sein car trop immature ou hypotonique pour téter. D'autre part, l'absence totale de respect de la pudeur des mères, dans la mesure où elles

devaient allaiter dans une pièce partagée par cinq bébés et leurs parents, au sein de l'unité de soins intensifs néonataux.

A contrario, dans la présente étude, tous les nouveau-nés sont nés à terme et en bonne santé, n'ayant ainsi pas été séparés de leur mère ou très brièvement : tous les nouveau-nés des accouchées voie basse ont bénéficié de deux heures de peau-à-peau immédiatement en salle de naissance avec leur mère, tandis qu'il a été différé d'environ une heure pour ceux des mères césariées. Le protocole au CHRU de Brest veut que ces derniers puissent bénéficier de peau-à-peau avec leur père si leur mère se trouve encore au bloc opératoire ou sous effet de l'anesthésie en salle de réveil. Il n'y a pas d'information disponible à ce sujet concernant les deux patientes césariées de cette étude. De plus, lors de leur séjour en maternité, toutes les mères ont séjourné en chambre simple, avec un accompagnement à l'allaitement préservant leur pudeur.

Informations et alternatives

Avant l'accouchement, aucune des mères interrogées n'a bénéficié d'information concernant le toucher que pourrait être amené à pratiquer le personnel pour les accompagner dans leur allaitement, qu'elles aient ou non assisté à des cours de préparation à la parentalité. Il paraît difficile d'évaluer l'intérêt d'aborder ce sujet en amont de la naissance, dans la mesure où seule une mère trouverait cela judicieux ; la plupart des autres mères considèrent que cela ne leur serait d'aucune utilité, ou que le point essentiel est la demande de consentement au moment opportun. Certaines y voient même le risque de se décourager à l'avance en imaginant les gestes désagréables qu'elles pourraient avoir à subir, car elles s'attendaient déjà à devoir subir un certain nombre d'actes agressifs autour de l'accouchement.

Dans l'étude de Cato (27) incluant 879 femmes, le toucher des soignants lors de la première tétée a été 2,3 fois plus souvent associé à une mauvaise expérience de l'initiation à l'allaitement, après ajustement sur des facteurs confondants comme l'âge, la parité, l'indice de masse corporelle (IMC), l'expérience de la naissance, le lieu de la première tétée et la présence d'un événement stressant dans les six mois précédant.

Quand bien même la totalité des mères de la présente étude se dit satisfaite de cette prise en charge, il n'en reste pas moins que plusieurs biais subsistent, comme la faible puissance, et le fait que les mères n'aient pas été interrogées à nouveau à distance de l'accouchement et de l'état de « préoccupation maternelle primaire » qui y est associé. De plus, elles voient toutes dans le toucher la seule méthode possible d'apprentissage de l'allaitement, sans autre

alternative. Elles n'ont pas confiance en leurs capacités à apprendre autrement. Pourtant l'une d'elle évoque l'histoire de Malaika, femelle gorille du zoo de Toledo, qui a réussi à allaiter son petit simplement en observant et mimant une femme allaitant son enfant (29).

Au vu du champ lexical autour de l'intrusion évoqué lors des entretiens et des résultats des études précédemment citées (26,27,30), il convient de s'interroger sur la pertinence du toucher et ses alternatives.

En effet, on peut également reprocher à l'approche par le toucher (« hands-on ») le fait de maintenir la dépendance des mères au corps médical. Ainsi, en Angleterre, la démarche IHAB (BFHI UNICEF) préconise aux professionnels d'apprendre aux mères à mettre elles-mêmes leur bébé au sein, sans l'aide du toucher, mais avec des explications orales et des supports visuels (dépliants avec photos explicatives, utilisation de poupée et sein artificiel), afin qu'elles acquièrent plus rapidement l'autonomie et la confiance en leurs capacités pour permettre une poursuite optimale de l'allaitement (32). Cette technique dite du « hands-off », a montré une augmentation du taux d'allaitement à deux et six semaines du post partum, ainsi qu'une diminution de la perception d'insuffisance de production lactée (33). Dans l'étude de Weimers (26), aucune mère n'imaginait d'alternatives au toucher, mais après leur avoir suggéré l'approche visuelle avec comme modèle une poupée et un sein artificiel, 9 mères sur 10 ont révélé qu'elles auraient préféré cette approche. De plus, avec des durées d'hospitalisation de plus en plus courtes en maternité, il pourrait être intéressant d'évaluer la pertinence et la faisabilité d'une telle technique dans les maternités françaises.

En parallèle de cette approche sans le toucher, deux modèles d'initiation à l'allaitement ont été développés ces dernières années, centrés sur le mélange de comportements acquis et innés des deux partenaires de la dyade mère-enfant : le « biological nurturing », et le « baby-led, mother-guided breastfeeding » (25).

Le « biological nurturing », développé par Suzanne Colson (34,35), est une approche neurobiologique de l'allaitement basé sur l'observation que certaines positions sont plus à même de favoriser l'expression des comportements innés des nouveau-nés et les instincts maternels permettant un allaitement efficace. Une position semi-inclinée de la mère permet en effet à la gravité de placer le nouveau-né ventre à ventre contre sa mère, sans restriction de mobilité, mais de façon à ce qu'il puisse être suffisamment stabilisé mais pour coordonner et optimiser ses réflexes (mouvements des bras, mouvements de redressement et de balancement de la tête, fousissement...) et ainsi prendre le sein par lui-même.

Dans le « baby-led, mother-guided breastfeeding », développé par Christina Smillie (36), c'est le nouveau-né qui est à l'initiative de l'allaitement par ses réflexes et comportements tandis que sa mère l'encourage par la voix, le toucher, le regard.

Dans ces deux approches, le rôle des soignants est de procurer aux couples mères-enfants un environnement sécurisé, calme et rassurant, permettant leurs interactions. Ils doivent éviter d'intervenir ou de corriger les postures prises naturellement par l'un ou l'autre des partenaires, mais peuvent jouer le rôle d'interprètes bienveillants des comportements des nouveau-nés auprès de leur mère, et ainsi renforcer la confiance des mères en leur capacité à répondre de façon autonome aux besoins de leur enfant.

Au vu des difficultés rencontrées par sept mères sur neuf dans mon étude, on peut se demander s'il ne serait pas judicieux d'introduire ces deux dernières approches dès la salle de naissance, et de hiérarchiser ensuite les interventions en cas d'échec : d'abord les explications verbales et visuelles via l'utilisation d'une poupée et d'un sein artificiel ou de photos, puis, en dernier recours, l'approche par le toucher. Il n'a pas été non plus évoqué la solution possible d'apposition des mains des soignants sur celles des mères pour les guider. Il serait intéressant de mener une étude évaluant les effets de ces différentes prises en charge.

V. CONCLUSION

En fin de grossesse, et dans la période du post-partum, les mères présentent un état de vulnérabilité psychique programmé pour répondre aux besoins de leur nouveau-né. Cette étude a montré que le personnel soignant était présent et bienveillant dans l'accompagnement à l'initiation de l'allaitement maternel, et qu'il offrait une aide précieuse lors des difficultés.

Cependant le vécu du toucher par les professionnels reste flou : il semble bien admis, en grande partie grâce à l'approche respectueuse et au recueil systématique du consentement, mais une notion d'intrusion de la sphère intime des patientes ainsi que de manque de confiance en leurs capacités reste perceptible. Ainsi, il convient de rester prudent face au pouvoir du corps médical, et de ne pas « faire à la place » des mères, mais au contraire de leur permettre de faire par elles-mêmes, afin d'améliorer leur confiance en elles et ainsi d'augmenter la durée de l'allaitement.

Différentes approches ont été proposées pour initier l'allaitement, comme le « biological nurturing » ou le « baby-led, mother-guided breastfeeding », laissant une plus grande part d'autonomie au couple mère-enfant, et centrées sur les réflexes et les capacités innées du nouveau-né. Ceci implique pour les professionnels la capacité à être patient et à prendre sur

soi pour ne pas intervenir directement trop vite, ainsi qu'à se faire l'interprète des comportements spécifiques des nouveau-nés.

Une approche intermédiaire consisterait à observer les couples mères-enfant et à leur enseigner les positions d'allaitement et de bonne prise du sein via des supports visuels et auditifs, ce qui implique là encore une grande disponibilité du personnel et des capacités pédagogiques.

Enfin, en cas de difficultés non résolues par ces approches, le toucher peut s'avérer une aide précieuse pour apporter un support kinesthésique, toujours avec l'accord des patientes.

BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. Breastfeeding. www.who.int/topics/breastfeeding/en/
2. Collaborative WHO. Study team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*. 2000; 355:451-455
3. WHO. Horta B., Victoria C. Short-term effects of breastfeeding. A systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. 2013
4. Uhari M., Mäntysaari K., Niemelä M.. A meta-analytic review of the risk factors for acute otitis media. *Clin Infect Dis*. 1996 June; 22(6): 1079-1083
5. Hauck F., Thompson J., Tanabe K., Moon R., Vennemann M. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2011 July; 128(1): 103-110.
6. Yan J., Liu L., Zhu Y., Huang G., Wang PP. The association between breastfeeding and childhood obesity: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2014 Dec 13;14:1267.
7. Patelarou E., Girvalaki C., Brokalaki H., Patelarou A., Androulaki Z., Vardavas C. Current evidence on the associations of breastfeeding, infant formula, and cow's milk introduction with type 1 diabetes mellitus: a systematic review. *Nutr Rev*. 2012 Sep;70(9):509-519.
8. Owen C., Martin R., Whincup P., Smith G., Cook D. Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. *Am J Clin Nutr*. 2006 November; 84(5): 1043-1054
9. Collaborative Group on Hormonal factors in Breast Cancer and breast-feeding. Collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet* 2002;360:187-95
10. Li DP., Du C., Zhang ZM., Li GX., Yu ZF., Wang X., Li PF., Cheng C., Liu YP., Zhao YS. Breastfeeding and ovarian cancer risk: a systematic review and meta-analysis of 40 epidemiological studies. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(12):4829-4837.
11. Lupton SJ., Chiu CL., Lujic S., Hennessy A., Lind JM. Association between parity and breastfeeding with maternal high blood pressure. *Am J Obstet Gynecol*. 2013 Jun;208(6):454.e1-7.
12. Jäger S., Jacobs S., Kröger J., Fritsche A., Schienkiewitz A., Rubin D., Boeing H., Schulze MB. Breast-feeding and maternal risk of type 2 diabetes: a prospective study and meta-analysis. *Diabetologia*. 2014 Jul;57(7):1355-1365.

13. Kramer M., Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8.
14. Hercberg S., Chat-Yung S., Chauliac M. The French National Nutrition and Health Program: 2001-2006-2010. *Int J Public Health*. 2008;53(2):68-77.
15. Blondel B., Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. 2011
16. Vilain A.. Enquête nationale périnatale 2010. Les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003. 2011
17. Cattaneo A., Yngve A., Koletzko B., Guzman LR. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Promotion of Breastfeeding in Europe project. Public Health Nutr*. 2005 Feb;8(1):39-46.
18. Salanave B., De Launay C., Boudet-Berquier J., Castetbon K. Durée de l'allaitement maternel en France (Épifane 2012-2013). Institut de veille sanitaire (INVS).
19. Capponi I., Roland F. Allaitement maternel : liberté individuelle sous influences. *Devenir* 2/2013 (Vol. 25), p. 117-136
20. Guigui G. Connaissances et méconnaissances des mères sur l'allaitement. *Devenir* 3/2007 (Vol. 19), p. 261-297
21. Gremmo-Feger G.. Allaitement maternel: l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit. *Conaître. Spirale* n°27. 2003.
22. Delamaire C. L'allaitement maternel : vécu et opinions des mères en 2009. *La santé de l'homme*. 2010;(409):50-1.
23. Hinsliff-Smith K., Spencer R., Walsh D. Realities,difficulties, and outcomes for mothers choosing to breastfeed : primigravid mothers experiences in the early post partum period (6-8 weeks). *Midwifery*. 2014 Jan; 30(1):14-19
24. Hauck YL., Graham-Smith C., McInerney J., Kay S. Western Australian women's perceptions of conflicting advice around breast feeding. *Midwifery*. 2011 Oct; 27(5):156-162.
25. Schafer R., Genna CW. Physiologic breastfeeding: a contemporary approach to breastfeeding initiation. *J Midwifery Womens Health*. 2015; 60:546-553.
26. Weimers L., Svensson K., Dumas L., Navér L., Wahlberg V. Hands-on approach during breastfeeding support in a neonatal intensive care unit: a qualitative study of Swedish mothers' experiences. *Int Breastfeed J*. 2006; 1: 20
27. Cato K., Sylvén SM., Skalkidou A., Rubertsson C. Experience of the first breastfeeding session in association with the use of the hands-on approach by healthcare professionals: a population-based Swedish study. *Breastfeed Med*. 2014 Jul-Aug;9(6):294-300.

28. <http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-reference/Donnees-scientifiques-10-conditions.pdf>
29. Marrisson B. Woman shows gorilla art of nursing a baby. Toledo blade. 12 nov. 1987.
30. Suvilehto JT., Glerean E., Dunbar RI., Hari R., Nummenmaa L. Topography of social touching depends on emotional bonds between humans. Proc Natl Acad Sci U S A. 2015 Nov 10;112(45):13811-6.
31. Winnicott DW. La mère suffisamment bonne. Paris : Payot ; 2006, 123 p.
32. <http://www.unicef.org.uk/BabyFriendly/Resources/Guidance-for-Health-Professionals/Forms-and-checklists/Practical-skills-review-forms/>
33. Ingram J., Johnson D., Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. Midwifery 2002 ; 18,87-101.
34. Colson SD., Meek JH., Hawdon JM. Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. Early Hum Dev. 2008; 84(7):441-449.
35. Gremmo-Féger G. Allaitement maternel: quoi de neuf en 2015? 45èmes journées de la Société Française de Médecine Périnatale
36. Smillie CM. How infants learn to feed : a neurobehavioral model. In: Genna CW., ed. Supporting suckling skills in breastfeeding infants. 2nd ed. Burlington, MA : Jones & Bartlett learning ; 2013 :83-104.

ANNEXE : GUIDE D'ENTRETIEN

- Perception émotionnelle et morale du toucher dans la relation soignant-soigné.
 - Comment s'est passée la première tétée en salle de naissance ?
 - Parfois les soignants utilisent le toucher pour l'apprentissage de l'allaitement. Si vous y avez été confrontée, qu'avez-vous ressenti moralement, émotionnellement?
 - Qu'avez-vous ressenti lors des tétées suivantes en maternité ?
- Perception physique du toucher dans la relation soignant-soigné.
 - Qu'avez-vous ressenti physiquement lors de cette première tétée?
 - Et lors des suivantes ?
- Prise en charge par le toucher et vécu lors des difficultés d'allaitement.
 - Avez-vous rencontré des difficultés pour allaiter ? Si oui, lesquelles ?
 - Quels gestes ont accompagné les réponses des soignants à ces difficultés?
 - Qu'avez-vous ressenti à ce moment-là?
 - Ces gestes ont-ils permis de résoudre ces difficultés ?
- Connaissances des femmes antérieures à l'accouchement à propos du toucher dans la relation-soigné.
 - Quelles étaient vos connaissances, quelles informations avez-vous reçu pendant la grossesse à propos de la place du toucher dans l'accompagnement à l'allaitement ?
- Souhaits rétrospectifs et futurs.
 - Rétrospectivement, qu'auriez-vous voulu changer dans cette approche ?
 - Quels seraient vos souhaits pour un prochain allaitement ?

RESUME

Objectifs : Evaluer la perception par un échantillon de mères du toucher par les soignants lors de l'accompagnement à l'allaitement maternel en salle de naissance et à la maternité. Evaluer les connaissances des mères sur ce toucher en amont de l'accouchement et la nécessité d'une modification et de l'information donnée lors de la grossesse et de la prise en charge en maternité.

Matériel et méthode : Une étude qualitative a été réalisée par entretiens semi-directifs auprès de neuf mères allaitantes au CHRU de Brest entre août 2015 et janvier 2016.

Résultats : Les mères allaitantes semblent faire abstraction de leurs propres besoins et ressentis au bénéfice de leur enfant : elles dissocient leur corps de leur esprit et éludent la perception qu'elles peuvent avoir du toucher de leurs seins par les professionnels. Elles se disent satisfaites de ce mode de prise en charge : elles y voient un mode d'apprentissage indispensable sans alternative possible, et une aide en cas de difficulté. Elles n'ont reçu aucune information à propos du toucher par les professionnels en pré-natal.

Conclusion : La vulnérabilité psychique des mères est majorée par la responsabilité qu'elles ont engagé de nourrir leur enfant au sein et par leur dépendance au corps médical pour y parvenir. Les professionnels doivent poursuivre leur soutien moral et s'ouvrir aux nouvelles prises en charges « hands-off » de l'allaitement pour leur permettre de gagner en confiance en leurs capacités à allaiter leur enfant de façon autonome. Le toucher reste une aide précieuse en cas de difficultés, mais s'ils sont amenés à l'utiliser, il est indispensable de continuer à en expliquer les raisons aux mères et de recueillir leur consentement au préalable.