



HAL
open science

La lactation induite chez les mères sociales des couples homoparentaux féminins

Lise Dauvignac

► **To cite this version:**

Lise Dauvignac. La lactation induite chez les mères sociales des couples homoparentaux féminins. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01690037

HAL Id: dumas-01690037

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01690037>

Submitted on 15 Feb 2018

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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
Faculté de Médecine
ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

**La lactation induite chez les mères sociales des couples homoparentaux
féminins.**

Lise DAUVIGNAC
Née le 12 Février 1993
A Nice, Alpes Maritimes

Mémoire présenté et soutenu le 17 Juillet 2017
Directrice de mémoire : Céline VERGUET
(Docteure en Anthropologie Sociale)

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME
2017

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
Faculté de Médecine
ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

**La lactation induite chez les mères sociales des couples homoparentaux
féminins.**

Lise DAUVIGNAC
Née le 12 Février 1993
A Nice, Alpes Maritimes

Mémoire présenté et soutenu le 17 Juillet 2017
Directrice de mémoire : Céline VERGUET
(Docteure en Anthropologie Sociale)

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME

2017

Avant-propos et remerciements



A Céline Verguet, docteure en Anthropologie Sociale et directrice de ce mémoire, d'avoir cru au potentiel de ce sujet dès notre première rencontre et de s'y être autant investie. Ses encouragements et ses conseils sans faille m'ont été plus que précieux.

A Delphine Metayer, sage-femme libérale, de m'avoir fait découvrir la lactation induite et à l'origine de ce sujet de mémoire.

A Sandé Bayens, sage-femme consultante en lactation, pour sa bonne humeur et sa disponibilité perpétuelles.

A Jeanne Magazine, qui a diffusé notre appel à témoignage, et à l'ensemble des mères qui ont accepté de témoigner dans le cadre de ce mémoire.

A l'ensemble des cadres pédagogiques et des professionnels de santé pour leurs encadrements, enseignements et soutiens.

A mes amies de promotion, de magnifiques rencontres, avec qui j'ai vécu des moments mémorables et qu'il me tarde d'en vivre encore auprès d'elles.

A Anya, Marine et Anissa, des amies exceptionnelles.

A ma famille, pour son soutien intangible.

A Mathieu, pour son amour, sa patience et sa foi en moi, et pour m'avoir appris les prémisses de la confiance en soi – élément primordial pour mon futur métier – que je ne cesse de cultiver.

Mais ces remerciements écrits ne seront jamais à la hauteur de votre implication et de ce que vous m'avez chacun(e) apporté, tant professionnellement que personnellement.

Table des matières

<i>Liste des abréviations</i>	7
<i>Introduction</i>	8
<i>Première partie : Revue de la littérature</i>	10
CHAPITRE 1 : EVOLUTION DE LA STRUCTURE FAMILIALE EN OCCIDENT ..	11
1. Le début des transformations de la famille traditionnelle	11
2. L'émergence des biotechnologies donne naissance à des parentalités alternatives	13
3. Du couple homosexuel à l'homoparentalité	15
CHAPITRE 2 : LA LACTATION INDUITE CHEZ LES COUPLES LESBIENS	20
1. Un concept récent bouleversant la maternité.....	20
1.1. Au sein d'une autre femme	20
1.2. Que sait-on de la lactation induite ?	22
1.3. Qui pratique la lactation induite ?.....	23
1.4. La réussite d'une lactation induite	24
2. Le protocole de lactation induite du Dr Jack Newman.....	27
2.1. Rappel sur la physiologie de l'allaitement et introduction aux protocoles	28
2.2. Thérapeutiques et procédés utilisés	29
2.2.1. Les galactogènes	29
2.2.2. Les contraceptifs oraux	30
2.2.3. La stimulation des seins	31
2.2.4. Le Dispositif d'Aide à la Lactation (DAL)	31
2.3. Le protocole du Dr Jack Newman	31
2.3.1. Le protocole courant ou ordinaire	32
2.3.2. Le protocole accéléré	33
2.4. Variante	34
2.5. Réticences	34
2.6. La Composition du lait	37
3. Expériences et témoignages de lactation induite	38
3.1. Témoignages d'allaitement d'un enfant adopté	38
3.2. Témoignages d'allaitement d'un enfant né d'une mère porteuse	39
3.3. Témoignage d'une mère allaitant l'enfant porté par sa compagne	40
<i>Deuxième partie : Notre étude</i>	42
CHAPITRE 1 : PRESENTATION DE L'ETUDE	43
1. Problématique, objectifs et hypothèses	43
2. Matériel et méthode.....	44
2.1. Sélection de la population.....	44
2.1.1. Mode de recrutement de la population	44
2.1.2. Critères d'inclusion.....	45
2.2. Méthode	46
2.2.1. Type d'étude	46

2.2.2.	Elaboration de la grille d'entretien.....	47
2.2.3.	Règles éthiques	48
2.2.4.	Modalités des entretiens.....	49
2.2.5.	Traitement des données.....	50
CHAPITRE 2 : ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES.....		53
1.	Données générales sur l'échantillon de population étudiée	53
1.1.	Présentation des caractéristiques générales de la population	53
1.2.	Connaissances de la lactation induite et modalités d'accès à l'information	54
2.	Pratiques et représentations de la lactation induite chez les mères sociales	56
2.1.	Cas 1 : La mère sociale ne connaît pas la lactation induite	56
2.1.1.	Le désir d'allaitement	56
2.1.2.	Prise de connaissance de la pratique de la lactation induite	56
2.1.3.	Un possible projet pour l'avenir ?.....	57
2.2.	Cas 2 : La mère sociale connaît la lactation induite.....	58
2.2.1.	La mère n'a pas induit la lactation	58
2.2.2.	La mère sociale a opté pour la lactation induite	63
2.2.3.	Cas particulier : variante du co-allaitement	71
3.	Positionnement des mères sociales vis-à-vis de la lactation induite.....	73
4.	Transmission et mise en circulation du savoir	74
4.1.	Partage du savoir entre les mères	74
4.2.	Officialiser la transmission : besoins et attentes vis-à-vis des professionnels	75
4.3.	Information et formation des professionnels de santé	78
Conclusion		81
Bibliographie		I
Annexes		IV
Annexe I : Grille d'entretien		V
Annexe II : Fiche de renseignement		IX
Annexe III : Formulaire de consentement éclairé.....		X
Annexe IV : Profil des mères sociales interrogées (tableau récapitulatif).....		XII
Annexe V : Proposition d'un outil informatif destiné aux sages-femmes		XIII

Liste des abréviations



APGL : Association des Parents et futurs parents Gays et Lesbiens

IAD : Insémination avec Sperme de Donneur

LLF : Leche League France

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMA : Procréation Médicalement Assistée

Parmi les recherches effectuées et les observations faites en stage, il s'avère que nombreuses sont les sages-femmes qui ignorent la lactation induite. Certaines, parfois, sont même informées via les mamans. Cela entraîne une prise en charge non adaptée du désir de ces couples, notamment si la mère sociale souhaite allaiter son enfant. Partant de ce constat, ce mémoire vise à répondre au problème suivant : « Quel est le savoir que les couples homoparentaux féminins possèdent sur la lactation induite ? Quelles sont les pratiques et les représentations des mères sociales à propos de la lactation induite qui alimentent ce savoir ? » Même si la pratique n'est pas courante, elle n'en reste pas moins concrète. Son existence doit être prise en considération, en particulier dans nos domaines professionnels. C'est pour cette raison que nous nous sommes donné pour objectif dans cette étude de dresser un état du savoir à propos de la lactation induite chez les couples de femmes, en particulier chez les mères sociales. A terme, notre but consiste à produire un outil informatif à propos de cette pratique destiné aux sages-femmes afin que chacun(e) puisse améliorer l'accompagnement du couple dans leur cheminement vers la maternité.

Pour ce faire, nous nous consacrerons dans une première partie à l'évolution de la structure familiale en Occident. Nous décrirons le tournant amorcé dans les années 70 avec l'émergence des biotechnologies, aboutissant à l'apogée de la famille traditionnelle et ouvrant vers de nouvelles formes de parentalité comme l'homoparentalité. A la fin de cette partie, nous aborderons la lactation induite que nous resituerons dans le contexte des couples lesbiens, une pratique récente bouleversant à nouveau la parentalité et le maternage. La seconde partie sera consacrée à la présentation des résultats de l'étude réalisée auprès des mères sociales.

Première partie :
Revue de la littérature



CHAPITRE 1 : EVOLUTION DE LA STRUCTURE FAMILIALE EN OCCIDENT

1. Le début des transformations de la famille traditionnelle

La nature est souvent la référence citée pour s'opposer à tout type de maternité autre que notre modèle familial occidental. Mais elle n'a pour autant rien de naturel et relève d'un choix culturel puisque sinon on retrouverait ce modèle dans toutes les sociétés et à toutes les époques (Rommelaere, Ravez, 2013 : 8). Comme le résume Durkheim dans *La méthode sociologique* : « La famille humaine est une institution culturellement définie et variable selon les sociétés » (Weiss, 2010). Citons des exemples de quelques sociétés dans lesquelles la famille est pensée différemment : dans la culture Samo au Burkina Faso, « la jeune fille conçoit un enfant avec un partenaire pré-nuptial et rejoint son mari après la naissance de l'enfant, qui devient le père social de cet enfant » (Rommelaere, Ravez, 2013 : 36) ; « chez les Haya en Afrique de l'Est, le père est l'homme que la mère choisira pour son premier rapport sexuel après avoir accouché. Ceci assure à tout homme [...] une descendance qui n'est pas nécessairement génétique mais institutionnelle ou culturelle » (Rommelaere, Ravez, 2013 : 52). Culturellement, la « famille traditionnelle occidentale » se caractérise par un mariage entre un homme et une femme dont le but est de fonder une famille, dominée par la puissance maritale et paternelle. Le père est le chef de famille. Dans ce modèle familiale, la mère doit nourrir, élever, éduquer et instruire les enfants. Elle occupe le statut de « mère au foyer ». Au fil des époques et des régimes politiques, les législations sur le mariage et le divorce ont fait l'objet de nombreux changements. En anthropologie et en sociologie, il n'y a pas de définition unique de la « famille » en raison de cette multiplicité des types de familles qui existent.

Depuis la révolution française, les femmes ont cherché à sortir de la domination patriarcale. Une première vague du féminisme s'étend jusqu'au milieu du XXème siècle et concerne la lutte pour le droit de vote, le droit au travail et l'accès à l'égalité dans la sphère publique. Une succession de lois vont reconsidérer la mère : la maternité n'a pas seulement une fonction naturelle mais aussi une fonction sociale, dont l'avenir de la nation dépendrait d'elle. En 1960 naît une deuxième vague féministe. Après avoir obtenu le droit d'exercer un métier sans l'autorisation de leur mari, de nouvelles luttes naissent concernant l'égalité salariale et la liberté sexuelle. En Mai 1968, un important tournant politique est opéré par les féministes en matière de libération de la femme avec la naissance du Mouvement de Libération des Femmes. Ces dernières militent contre toutes les relations de pouvoirs –

politique, social, économique – dans le but de renverser cette société patriarcale et l’oppression sexiste régnant depuis des millénaires. Cette révolution des mœurs aboutit entre autres à la libération sexuelle de la gent féminine mettant fin aux tabous du corps féminin : longtemps interdits et condamnés par la religion et les lois, la contraception² et l’avortement³ ont fait leur arrivée. L’avènement de la pilule contraceptive, symbole d’émancipation, a permis aux femmes de contrôler leur fertilité et faire de la maternité un choix en échappant à l’emprise de la nature. La femme se dissocie ainsi de son rôle de mère qui lui était autrefois systématiquement attribué et devient alors responsable de sa maternité. Pour Simone de Beauvoir, la maternité ne doit en tout cas plus être une obligation : « un enfant si je veux quand je veux » (Knibiehler, 2000). Enfin, de nouveaux mouvements féministes se sont créés faisant place à des groupes minoritaires pour défendre l’homosexualité. Ainsi, le XXème siècle est une période où de profonds remaniements sociétaux ont opéré et modifié le système familial. La diminution des mariages associée à l’ascension des divorces et des unions libres, l’arrivée de la contraception sur le marché et la libération sexuelle des femmes contribuent à des changements du système de parenté et créent de nouvelles configurations familiales : familles recomposées, hors mariage, monoparentales... Désormais, l’autorité parentale est partagée dans la famille et sur le plan éducatif des enfants. Tous ces changements ont contribué à faire évoluer la cellule familiale, longtemps stigmatisée et à perpétuer comme le seul modèle existant. Les conventions sociales de l’époque obligeant de se marier avec une personne de sexe opposé et du même milieu social pour pérenniser la famille ne sont plus aussi fortes. L’amour, les sentiments et le désir ont pris le dessus. D’après Maurice Godelier, la parenté est un « univers de liens généalogiques, à la fois biologiques et sociaux, entre des individus de même sexe ou de sexe différent et appartenant à la même génération ou à des générations différentes qui se succèdent dans le temps » (Godelier, 2010). La parentalité, quant à elle, est un néologisme désignant « le fait que des personnes autres que leurs parents légaux assument ou partagent la responsabilité quotidienne d’enfants. [...] Autrement dit, ces personnes jouent le rôle de parents sans que leur apport soit reconnu légalement » (Joyal, 2006).

² C’est en 1956 que le Dr Pincus a mis au point la première pilule contraceptive aux Etats-Unis, légalisée en 1960 dans le pays d’origine. Il a fallu attendre 1967 en France que la loi Neuwirth dépénalise la pilule et autorise sa commercialisation

³ La loi Veil du 19 Janvier 1975 autorise l’interruption volontaire de grossesse jusqu’à douze semaines d’aménorrhée.

Aujourd'hui, selon Pierre Murat, les individus ne veulent plus suivre les règles édictées par la société et veulent être libres de se construire sans « être enfermés dans des rôles prescrits et des statuts traditionnels » (Murat, 2008).

2. L'émergence des biotechnologies donne naissance à des parentalités alternatives

Suite à ces premières ruptures avec la famille traditionnelle via la contraception et le divorce, il se produit une évolution fulgurante de la science procréative : à partir des années 1970, l'émergence des biotechnologies en matière de procréation médicalement assistée (PMA) pour pallier la stérilité et l'infertilité altère les fondements traditionnels de notre modèle de parenté. C'est en 1978 que la première fécondation in vitro eu lieu en Grande-Bretagne ce qui marqua une révolution de la prise en charge de la stérilité. Pour Claire Rommelaere et Laurent Ravez, la PMA représente une nouvelle « rupture possible entre la reproduction et la sexualité : en inséminant artificiellement la partenaire avec le sperme de son conjoint, on a « désésexualisé » la reproduction et en permettant une rencontre des gamètes en dehors du corps de la FIV, on a « décorporalisé » la conception. [...] L'insémination avec sperme de donneur anonyme ou le don d'ovocytes à une tierce personne « déparentalisent » les géniteurs » (Rommelaere, Ravez, 2013 : 51). Au fil de l'évolution des techniques de PMA – fécondation in vitro, dons de gamètes et d'embryons, insémination artificielle avec sperme de donneur – le projet parental se construit sur la base de ces nouveaux concepts donnant naissance à de nouvelles formes de parentalités, avec des parents ayant différents statuts : parent génétique, géniteurs anonymes, parent social ou encore parent de naissance. « Est-on mère par l'ovule, par l'accouchement, par la volonté ? » (Halpern, 2005). Cet essor scientifique en matière de PMA est une étape supplémentaire dissociant procréation et sexualité : la contraception permet d'avoir des rapports sexuels sans risquer de procréer et la PMA de procréer quand la sexualité ne le permet pas.

« Cette reproduction sans rapport sexuel traduit l'évolution contemporaine qui a technicisé la procréation et l'a éloignée de la « nature » et de la sexualité : l'aspiration à avoir des enfants n'est plus inscrite dans la chaleur du désir sexuel », (Descoutures, 2010).

En France, la PMA est une activité encadrée de très près par la loi de bioéthique de 1994, révisée en 2004 puis 2011. Elle est définie dans le code de la santé publique par l'article L. 2141-1 : « L'assistance médicale à la procréation s'entend des pratiques

cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel. Ainsi, la PMA correspond à tous les moyens médicaux mis en œuvre pour la conception d'un enfant en dehors de relations sexuelles fécondes » (Bergoignan Esper, 2011 : 29).

Le recours à la PMA peut être pratiqué dans deux cas :

- Pour remédier à une infertilité masculine ou féminine dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué.
- Pour éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple la transmission d'une maladie d'une particulière gravité.

De ce fait, tout couple ne peut accéder à cette pratique médicale⁴. En France sont interdits d'y avoir recours les personnes célibataires et les couples homosexuels. Cependant, la PMA est ouverte aux couples de femmes dans onze pays européens : Belgique, Espagne, Pays-Bas, Suède, Norvège, Islande, Portugal, Royaume Uni, Danemark, Finlande et Grèce (APGL, 2012 : 6). Leur accès à la parentalité fortement restreint par le droit français et la situation hors-norme que représentent les familles homoparentales les placent dans une situation particulière. De nombreux couples se rendent donc dans des centres médicaux étrangers, le plus souvent en Espagne ou en Belgique puisque transfrontaliers à la France, afin de recourir à une insémination avec sperme de donneur (IAD) et reviennent ensuite en France pour faire suivre leur grossesse. Le donneur est généralement inconnu mais certains pays comme les Pays-Bas, la Belgique ou le Danemark rendent l'accès aux origines paternelles possibles⁵.

Jadis dans notre société, aucun doute ne planait concernant la certitude biologique de la mère contrairement à l'identité du père : « pater semper incertus » (Knibiehler, 2000 : 18). A la fois génitrice et mère de l'enfant, la mère était définie par l'accouchement. Mais à l'ère des nouvelles techniques de reproduction, la filiation – pilier de la parenté avec le mariage – n'est plus ce qu'elle était, c'est-à-dire l'enfant né dans le mariage. Si la stérilité dans un couple compromettrait autrefois d'avoir des enfants, elle ne l'est plus aujourd'hui. Faire des enfants et devenir parents sont des désirs de plus en plus réalisables grâce à la PMA et à l'adoption, débouchant sur de nouveaux statuts parentaux. Dans le cas d'une fécondation in vitro (FIV) issue d'un don d'ovocyte, deux mères se distinguent alors : la mère génétique qui

⁴ Selon l'article L. 2141-2 du code de la santé publique : « L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer, mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans et consentant préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination » (Bergoignan Esper, 2011 : 31).

⁵ <https://adfh.net/parentalites/linsemination-avec-donneur/>

a donné ses gamètes et la mère de naissance qui a porté et mis au monde l'enfant conçu par FIV. Les avancées scientifiques en termes de PMA pour pallier la stérilité ont révolutionné notre modèle familial traditionnel. Les méthodes de PMA ont « non seulement permis de procréer sans sexualité, mais aussi d'assimiler ou de comparer un couple hétérosexuel stérile à un couple homosexuel, stérile lui aussi mais évidemment pas pour les mêmes raisons qu'un couple hétérosexuel » (Descoutures, 2010).

Quelles que soient les opinions de chacun, ces nouvelles techniques en matière de procréation bouleversent les pratiques et représentations de la maternité de notre culture occidentale, fondée sur l'union charnelle d'un homme et d'une femme mariés dans le but de procréer. Ces innovations scientifiques mènent à des questionnements et à repenser la maternité, qui n'est plus une simple évidence. Désormais, la maternité se détache de sa dimension corporelle et biologique et tend vers une grandeur morale qui est la volonté : volonté d'être mère, volonté d'être père, volonté de faire un enfant, volonté d'avoir un enfant. L'enfant provient du désir et grâce aux moyens contraceptifs et au progrès de la médecine, il peut être programmé. Dorénavant, les fonctions parentales sont amplement socialisées. La famille n'est plus le lieu principal de la reproduction biologique où la mère est celle qui met au monde et le père celui qui l'engendre. La construction de la parenté se complexifie avec des parents qui ne sont plus forcément les géniteurs.

3. Du couple homosexuel à l'homoparentalité

Selon l'étude « Le couple dans tous ses états » publiée par l'INSEE en 2013, il y aurait environ 20 000 homoparents. Sur les 100 000 couples homosexuels estimés, 10% de ces couples déclarent vivre au moins une partie du temps avec un enfant et huit couples homosexuels sur 10 sont des couples homosexuels féminins. Il n'y a aucun chiffre ni aucun moyen de savoir combien d'enfants sont issus de l'union de deux personnes de même sexe donc pour notre étude de l'union de deux femmes. Cependant, selon les estimations de l'Association des Parents et futurs parents Gays et Lesbiens (APGL), il y aurait 250 000 à 300 000 enfants qui vivraient dans des familles homoparentales.^{6 7} L'APGL a estimé – dans un sondage publié dans le magazine Têtu de Janvier 1997 – que 11% des lesbiennes ont des enfants et que 45% des lesbiennes désirent en avoir (APGL, 2012 : 3). Longtemps

⁶ <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2013/02/14/01016-20130214ARTFIG00649-100000-couples-homosexuels-en-france-selon-l-insee.php>

⁷ http://www.lexpress.fr/actualite/societe/homoparentalite-combien-d-enfants-concernes_1169652.html

invisibilisée, l'homoparentalité est un fait social en croissance. Cependant comme le signale l'INED, « elle reste difficile à quantifier faute d'instrument adaptés »⁸.

Pendant un temps, avoir des relations homosexuelles était condamné par le droit et considéré comme une « maladie mentale », un comportement contre-nature, un péché pour les croyants ou encore un crime passible d'une pendaison, d'une décapitation ou du bûcher en Europe à l'époque médiévale. En 1968, l'association américaine de psychiatrie classe l'homosexualité dans le *Diagnostic and Statistical Manual of mental diseases* (DSM), qu'elle retire de la classification des maladies mentales six ans plus tard (Gross, 2005). Mais il fallut attendre 1994 pour que l'organisation mondiale de la santé (OMS) retire l'homosexualité de la liste des maladies mentales (Descoutures, 2010).

Auparavant un sujet tabou, l'homosexualité et l'homoparentalité sont de nos jours des thèmes d'actualités suscitant de nombreux débats et polémiques, en bouleversant nos modèles culturels, nos représentations familiales et nos repères identitaires. La famille « traditionnelle » – modèle familial de « référence » constituée d'un couple hétérosexuel marié et de leurs enfants – est remise en cause et se délie des liens biologiques sur lesquels elle était fondée. Les représentations sociales de la famille et de la sexualité ont énormément changé ces dernières décennies. L'homoparentalité s'inscrit historiquement dans la continuité de l'évolution des mœurs : les mouvements de revendications féministes, l'avortement, la libération sexuelle, le divorce, le développement des biotechnologies de reproduction. Ces événements ont abouti à l'acquisition de libertés individuelles, ont été le point de départ de critiques à l'égard des normes sexuelles établies par la société et ont provoqué des modifications législatives. En 1999 a été votée la reconnaissance légale des unions homosexuelles avec le pacte civil de solidarité (Pacs), qui est un « contrat conclu entre deux personnes majeures, de même sexe ou de sexe différent, pour organiser leur vie commune ». En aucun cas « il institue une reconnaissance légale de la famille homoparentale » (Gross, 2005 : 52). Puis en 2013, la loi dite du « mariage pour tous », a permis des avancées majeures mais donna lieu à des débats de société houleux. Aujourd'hui encore, l'homosexualité est souvent source de discriminations et est considérée par l'état comme une « transgression du genre », une « déviance » (Descoutures, 2010) car l'hétéronormativité reste une évidence (Descoutures, 2010). Aux yeux de la société, ces familles – qualifiées de « non conforme » –

⁸ https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/271/version.imprimable.homoparentalite.fr.pdf

compromettent l' « ordre symbolique » de la société (Descoutures, 2010) et sont source de « dénaturalisation de la maternité » (Descoutures, 2010).

Le couple, la famille, la filiation et la parentalité subissent des transformations au fil des époques laissant place à une mosaïque de configurations familiales : recomposée, monoparentale, adoptive. La dernière en date apparue est la famille homoparentale dans les années 1990, (Descoutures, 2010) marquant une rupture importante dans notre culture chrétienne où le mariage est « une seule chair » (Delaborde, Lavanchy, 2008 : 20) : « l'union d'une femme et d'un homme est considérée comme sujet d'engendrement, le couple devient alors une seule chair et la filiation indivisible » (Delaborde, Lavanchy, 2008 : 21). Ces multitudes de structures parentales sortent de ce schéma et chaque nouvelle configuration familiale qui fait son apparition est critiquée par rapport à la précédente avant d'être banalisée lors de son extension. L'homoparentalité désigne « toutes les situations familiales dans lesquelles au moins un adulte, parent d'au moins un enfant, s'autodésigne comme homosexuel » (Descoutures, 2010). Ce terme a été créé en 1997 par l'APGL (Descoutures, 2010), principale association homoparentale née en 1986 (APGL, 2012 : 4). Au sein même des familles homoparentales, il existe une pluralité de configurations familiales. Selon Mailfert (2002 : 1), « la famille homosexuelle se décline sous quatre formes » :

- La recomposition familiale avec un partenaire de même sexe, dont l'enfant est issu d'une union hétérosexuelle antérieure.
- La coparentalité : définie par Martine Gross comme une « situation où un homme et une femme sans vie de couple se lient pour concevoir et élever un ou plusieurs enfants. En souhaitant devenir parent, ils construisent de toute pièce une famille « composée ». Il peut y avoir deux à quatre personnes autour du berceau de l'enfant : une mère lesbienne et un père gay, parents biologiques et légaux, et leurs éventuels compagne et compagnon respectifs, qui peuvent eux aussi se comporter en parents » (Gross, 2005 : 25). Ces derniers ne sont pas reconnus par la loi et se considèrent soit comme partenaire du parent légal, soit comme participant au projet de coparentalité. Ils sont alors appelés co-parents et participent à l'éducation de l'enfant (APGL, 2012 : 63).
- La PMA : cette pratique, interdite en France, oblige les femmes à se rendre à l'étranger pour accéder à l'IAD. Les enfants sont élevés au sein d'une famille constituée de deux mères. Celle qui portera l'enfant sera le parent légal et l'autre le parent social, sans statut légal aux yeux de la loi française.

- L'adoption : la loi adoptée en 2013 autorisant le « mariage pour tous » ouvre la voie de l'adoption aux couples homosexuels mariés. Dans cette logique, le parent social peut adopter l'enfant de sa conjointe : c'est « l'adoption conjointe ». L'adoption est aussi possible pour une personne célibataire quelle que soit sa sexualité (APGL, 2012 : 5).

Certains couples de femmes homosexuelles qui souhaitent accéder à la parentalité contournent la loi, en ayant recours à une méthode illégale non reconnue en France : l'insémination artisanale (Mailfert, 2002 : 3). C'est une technique de procréation non médicalisée ayant recours à un donneur connu. Il s'agit d'un don de sperme d'un homme de l'entourage du couple ou trouvé via des sites internet ou forums. Cette technique consiste à introduire soit même le sperme du donneur dans le vagin, à l'aide d'une seringue, sans qu'il n'y ait de rapport sexuel. L'enfant est élevé par deux femmes et a un père dont il connaît l'identité mais ce dernier ne souhaite pas s'impliquer dans la vie de l'enfant. Il n'est donc pas le père légal, sauf s'il venait à reconnaître l'enfant.

Le choix de la configuration familiale dépend de l'image que se fait le couple de la représentation « familiale » et de leur projet parental. Pour certains couples de femmes, la présence d'une figure masculine (réfèrent paternel identifié que l'enfant connaîtra, rencontrera et avec qui il tissera des liens) ou l'identification possible à un père (permettant de renseigner l'enfant sur son origine biologique et sur le donneur l'ayant conçu) occupent une place importante et le couple se dirigera vers une coparentalité ou vers une insémination avec un donneur connu. D'autres considèrent le couple comme pilier de la famille, soit deux parents, et opteront pour une PMA à l'étranger avec donneur anonyme ou se tourneront vers l'adoption. Quelle que soit la configuration choisie, l'enfant de famille homoparentale a une mère de naissance (parent légal) et une mère sociale (non statutaire). Cette dernière – qui s'est impliquée dans la construction du projet parental – joue un rôle de parent dans l'éducation de l'enfant mais n'a aucun lien juridique avec l'enfant et n'est pas reconnue par la loi. La seule solution pour elle de devenir un parent légal est le mariage, lui permettant d'adopter l'enfant de sa compagne. En l'adoptant se crée un lien de filiation, lien juridique unissant l'enfant à sa mère sociale⁹.

⁹ http://www.lemonde.fr/politique/article/2013/01/30/adoption-et-mariage-homosexuel-les-faits-pour-comprendre_1824365_823448.html#IIRkYmkwbGMXXIru.99

Conclusion :

La famille suit une évolution non linéaire et prend une signification différente selon les sociétés. Claire Rommelaere et Laurent Ravez (2013 : 23), auteurs de *La maternité autrement*, déclarent avec réalisme que « nos préférences [...] sont souvent influencées par la culture et la société dans lesquelles nous avons été éduqués ou au sein desquelles nous évoluons. [...] Les croyances ou les codes moraux propres à une société, à une culture, à une époque ne sont pas nécessairement bons ». Ils rajoutent : « le relativisme éthique invite à reconnaître que nombre de nos jugements moraux sont en réalité liés aux conventions morales auxquelles nous sommes habitués (vie amoureuse fidèle dans un couple hétérosexuel, couples libres, polyamour, homosexualité) ». Avec un passé historique riche en évolution et remise en question, « le désir d'enfant et le projet parental sont devenus le socle des constructions familiales ». Grâce aux diverses méthodes procréatives, les formes familiales ont explosé et « ont démultiplié les manières de devenir parents. [...] Un véritable renouvellement de la parenté se fait jour » (Fournier, 2011). La maternité prend un nouveau tournant avec l'émergence des familles homoparentales. L'homoparentalité « traduit une transformation sociale dans le sens d'une innovation sociale » (Desjeux, 2006 : 201) et est une nouvelle configuration familiale contemporaine revendiquant l'accès à la parentalité. Mais malgré les difficultés rencontrées par les couples homosexuels pour y accéder, ces familles sont de plus en plus nombreuses et se font progressivement une place dans la société. Lorsqu'un désir d'enfant est présent et irréalisable sexuellement, tous les moyens sont testés : « l'enfant est le fruit de l'amour même s'il n'est pas né de la sexualité de deux femmes » (Gross, 2005 : 60). Ces couples contournent donc les lois françaises leur interdisant la PMA. La famille occidentale s'est ouverte au pluralisme et ne sait de quelle évolution elle sera faite demain. Comme le souligne avec force Yvonne Knibiehler, pionnière de l'histoire de la maternité : « La fonction maternelle chez les humains n'a rien de naturel ; elle est toujours et partout une construction sociale, définie et organisée par des normes, selon les besoins d'une population donnée à une époque donnée de son histoire » (Halpern, 2005).

CHAPITRE 2 : LA LACTATION INDUITE CHEZ LES COUPLES LESBIENS

1. Un concept récent bouleversant la maternité

1.1. Au sein d'une autre femme

L'anthropologie et plus largement les sciences sociales ont montré qu'allaiter est une expérience culturelle et l'allaitement, une norme sociale. En effet, il ne s'agit pas seulement de phénomènes biologiques mais aussi et tout autant des expériences sociales et culturelles qui engagent l'organisation socio-économique de la société, les rôles sociaux attribués à chaque sexe, des systèmes de valeurs et de croyances et des représentations symboliques du corps, de ses substances et des rapports entre elles (Cassidy, El Tom, 2014). Allaiter, à bien y regarder, n'est pas une décision individuelle. C'est une pratique qui n'échappe pas aux injonctions sociales, elle ne peut pas s'effectuer indépendamment d'un ensemble de prescriptions ou de représentations morales et symboliques en circulation au sein de la société (Gojard, 2003). Il est important de souligner cela pour montrer qu'une pratique inhabituelle, plus encore sa méconnaissance, mène souvent à des réprobations ou à l'incapacité d'aider les mères qui ont fait ce choix. Dans certaines sociétés, l'allaitement d'un enfant autre que le sien est une pratique reconnue, inscrite dans la tradition voire dans les rapports de parenté (Lacoste-Dujardin, 2000 ; Vernier, 2006). Une femme peut allaiter le bébé d'un membre de sa famille ou d'une amie se trouvant dans l'impossibilité d'allaiter son enfant, le lait maternel étant parfois la seule solution pour que l'enfant survive : « dans certaines cultures traditionnelles, la grand-mère du bébé induisait la lactation systématiquement au cas où la mère connaîtrait des problèmes » (Newman, Goldfarb, 2002 : 1). Il existe d'autres situations dans lesquelles des femmes, autre que la mère de naissance, mettent des enfants au sein : ce sont les « mères de lait ». Dans le monde musulman, le lait crée une certaine filiation : la « fraternité de lait » (Ossoukine, 2009 : 377). Une femme allaitant un enfant devient sa « mère de lait » (Souad, 2010 : 108) et les enfants nourris de ce même sein deviennent des « frères et sœurs de lait » (Al-Qaradâwî, 2003). Ce lien de lait, aussi fort que le lien du sang, est soumis aux mêmes lois d'interdiction de l'inceste s'appliquant aux frères et sœurs de sang. Le mariage entre deux personnes nourries du même sein est prohibé : « est interdit par la parenté de lait ce qui est interdit par la consanguinité » (Souad, 2010 : 103).

Dans nos sociétés occidentales, le recours à des nourrices a longtemps prévalu chez certaines catégories sociales. En France, accusées de miner la prospérité de la patrie, les nourrices vont disparaître avec la mise en place de lois visant à protéger les enfants de premier âge (loi Roussel, 23 décembre 1874). Pour lutter contre la mortalité, les femmes sont rappelées à l'ordre. « Investir le personnage de la mère de responsabilités : tel est l'enjeu de la campagne de familiarisation qui se mène au XIX^{ème} siècle » (Martin-Fugier, 1978 : 30). Aujourd'hui, dans notre société, une future mère désirant allaiter l'enfant qu'elle va adopter ou qu'elle n'a pas porté peut se trouver confrontée à l'incompréhension et au jugement moral de l'entourage social comme de ceux des professionnels de santé, le plus souvent du fait de l'ignorance de cette pratique. Mais aussi du fait que, voilà plus de 120 ans, la médecine et l'Etat ont enraciné dans le social l'idée que les seins et le lait d'une autre femme que ceux de la mère de naissance pouvaient être mortels pour l'enfant, faisant de la question nourricière un problème éthique. L'histoire et certaines pratiques culturelles le montrent, il n'est pas nécessaire d'être la mère biologique de l'enfant ni même d'être enceinte pour allaiter. Le processus concernant cette situation spécifique s'appelle la « lactation induite » et désigne la « capacité d'une femme à allaiter sans passer par la grossesse » (Prieur, 2005 : 8). Elle concerne les nulligestes et les femmes ayant allaité antérieurement désirant reprendre un allaitement après un sevrage d'au moins six mois, même s'il est probable que la lactation induite soit facilitée par la grossesse encore relativement proche (Prieur, 2005 : 8). En deçà de six mois, il s'agit d'une relactation (sujet hors de notre champ d'étude) : « processus permettant de reprendre l'allaitement après un sevrage datant au plus de six mois » (Prieur, 2005 : 8). Toutefois, il n'y a pas d'accord international concernant ces définitions, ce sont seulement des définitions pratiques.

En tant que professionnel de santé, il semble important de connaître l'existence de cette pratique pour être en capacité d'informer les femmes sur la possibilité d'induire une lactation, en particulier les deux partenaires des couples homoparentaux féminins, tant la future mère de naissance que la future mère sociale. La formation médicale continue nécessite la prise en compte des évolutions de comportements au sein de la société dans le renouveau des pratiques professionnelles et le savoir qui leur est relatif afin d'être au plus près des besoins des patients en termes de soins à apporter.

1.2. Que sait-on de la lactation induite ?

Dans la littérature française, les références sur la lactation induite sont rares, encore plus lorsqu'elles concernent les couples lesbiens. A première vue, il ne semble pas, non plus, véritablement circuler d'informations à propos de cette pratique d'allaitement au sein de la société ni même au sein de la communauté homosexuelle féminine. Ce qui pourrait le justifier c'est que, plus largement, « les études sur l'allaitement partent habituellement du principe que la mère allaitante est hétérosexuelle, identité majoritaire et considérée comme la « norme » dans nos sociétés. Cette perception sociale induit souvent la marginalisation ou l'exclusion sociale des « altersexuels ». [...] Si certaines modalités de parentage et d'allaitement sont les mêmes chez les LGBT et les parents hétérosexuels, ces personnes pourront présenter des spécificités : co-allaitement, lactation induite... » (Farrow, 2014 : 26 – 27). Cela s'explique, pour partie, par une méconnaissance persistante concernant cette capacité féminine à allaiter sans être enceinte. Cette quasi absence de savoirs scientifiques à propos de la lactation induite justifie la difficulté à développer notre problématique à partir de travaux conduits en France.

La grande majorité des données retrouvées sont des sources étrangères principalement canadiennes et portent surtout sur la relactation ou la lactation induite chez des mères adoptives. C'est un sujet relativement développé parce qu'il s'agit d'une pratique plus courante au Canada : « au moins 250 mères adoptives réussirent à induire la lactation » (Newman, Goldfarb, 2002 : 1) en suivant le protocole du Dr Jack Newman¹⁰. Le rapport de l'OMS en 2000 sur « la relactation : Connaissances acquises et recommandations relatives à cette pratique » s'appuie sur de nombreuses sources bibliographiques internationales. Autrefois, ces pratiques étaient exceptionnelles et peu documentées. De nos jours, de plus en plus d'études s'y intéressent et montrent qu'il est possible de relacter ou d'induire une lactation et que ce n'est pas seulement un mythe. Les techniques abordées jugées efficaces et les connaissances actuelles ont permis d'établir des recommandations pratiques consacrées aux mères désirant relacter ou induire la lactation.

Dans ce rapport de l'OMS, il est indiqué que dans le monde vétérinaire, on sait depuis longtemps qu'une stimulation mammaire fréquente chez les animaux peut provoquer une lactation, sans que les glandes mammaires ne se développent. A l'appui, une étude menée en

¹⁰ Le docteur Jack Newman est un pédiatre canadien voué à l'allaitement maternel. Il est à l'origine de la première consultation d'allaitement en milieu hospitalier au Canada en 1984 et il a aussi été consultant pour l'UNICEF dans le cadre de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé (https://illfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/feuilles-du-dr-newman).

1967 sur des chèvres le confirme : « stimuler la traite de manière prolongée pouvait provoquer un développement mammaire et l'écoulement de lait » (OMS, 2000 : 7). Malgré de nombreux témoignages chez les être humains, ces pratiques sont décrites comme des « faits curieux et anormaux » (OMS, 2000 : 7). Les premiers articles médicaux apparaissent à partir de la deuxième moitié du XXème siècle : relactation chez des grands-mères du Natal pour nourrir leurs petits-enfants ; relactation dans des pays en développement (Inde et Viet Nam) dans des situations d'urgences ; premières relactations aux Etats-Unis par des mères d'enfants malades et nés prématurément ; observation d'une communauté péruvienne qui pratique couramment la relactation (OMS, 2000 : 7). Aucune publication d'études randomisées n'existe à ce jour et les principales données proviennent d'expériences personnelles.

1.3. Qui pratique la lactation induite ?

Dans certaines parties du monde (dans certaines régions d'Afrique par exemple), la lactation induite peut être initiée comme une méthode d'alimentation. Elle peut se pratiquer par l'entourage de la mère qui a mis au monde son enfant (grands-mères, amies, sœurs) et se trouvant dans l'impossibilité d'allaiter son enfant pour diverses raisons : mère souffrante, séropositive au VIH ou décédée. Cette pratique peut aussi se rencontrer dans la prise en charge d'enfants intolérants au lait artificiel, lors d'une séparation mère-enfant après l'hospitalisation de l'un ou de l'autre, dans le cadre de la prise en charge de nouveau-nés malades ou encore lors d'adoptions pour qu'une relation affective se développe entre la mère et l'enfant (OMS, 2000 : 2-3).

La lactation induite chez les mères adoptives se pratique depuis des millénaires dans certaines sociétés traditionnelles mais reste méconnue du monde occidental (Gribble, 2005). La culture a une influence sur l'allaitement d'un enfant adopté. Gribble indique que, dans les pays en voie de développement, l'adoption est un fait courant (souvent parce qu'un enfant a perdu sa mère biologique, habituellement décédée). L'allaitement maternel étant très pratiqué, chaque mère est supposée allaiter l'enfant qu'elle a accouché, et « l'allaitement d'enfants adoptés fait partie de la routine dans certains endroits ». Par opposition, dans les cultures occidentales, l'adoption est souvent considérée comme la dernière solution pour avoir un enfant, le principal facteur étant l'infertilité du couple. La majorité des parents et professionnels soignants ignorent qu'il est possible d'allaiter un enfant adopté et le peu de femmes qui le font doivent « l'assumer seules, voire en cachette ». L'auteure ajoute que dans

les cultures traditionnelles, les mères adoptives ont souvent eu une expérience antérieure d'allaitement avant l'adoption que les femmes occidentales. De plus, les enfants adoptés dans les pays en développement sauront téter facilement puisqu'ils sembleraient avoir « plus souvent été allaités avant leur adoption que les enfants adoptés dans les pays occidentaux ». Mais à l'heure actuelle, ces arguments ne permettent pas de savoir si le fait d'avoir allaité auparavant influe sur la capacité à allaiter, mais cela a en tout cas un impact incontestable sur l'expérience d'allaitement de la femme (Gribble, 2005).

De nos jours, c'est une pratique relativement développée aux Etats-Unis et au Canada dans le contexte habituel d'une femme souhaitant allaiter un enfant adopté, mais il existe très peu de données sur la prévalence de cette pratique. La lactation induite dans cette situation est recommandée par l'Académie Américaine de Pédiatrie et par l'Académie Américaine des Médecins Généralistes (Wahlert & Fiester, 2013). L'allaitement d'un enfant adopté offre des avantages sur divers plans : émotionnel (la séparation de l'enfant de sa mère biologique le rend psychologiquement plus fragile), relationnel (favorise le rapprochement à sa mère adoptive en participant au lien d'attachement et en créant un sentiment sécurisé) et médical (améliore sa santé, quelle que soit la quantité de lait maternel reçue car, selon le Dr Newman, « toute quantité fournie au bébé est un don précieux » (Prieur, 2005 : 8).

Après avoir exposé la lactation induite chez des mères adoptantes (hétérosexuelles ou lesbiennes), il est possible de transposer cette pratique chez les mères sociales de couples homoparentaux. En effet, le procédé reste le même, c'est-à-dire que ce soit une mère adoptive ou une mère sociale, toutes deux expriment un point commun : allaiter sans être enceinte. Cette pratique – inconnue pour beaucoup – peut déranger les représentations culturelles de chacun, d'autant plus qu'elle est surajoutée à l'homosexualité et à l'homoparentalité qui font débat. Dans ce mémoire, nous nous pencherons sur les mères sociales des couples homoparentaux car les sages-femmes ne sont pas en contact avec les couples adoptant.

1.4. La réussite d'une lactation induite

Le succès d'une lactation induite dépend de divers facteurs. L'OMS ainsi que Régine Prieur – sage-femme psychologue au CHIC Moissac et formatrice à la Leche League France (LLF) – exposent des facteurs propres au bébé et à la mère (OMS, 2002 ; Prieur, 2005 : 8).

Les facteurs spécifiques au bébé prennent en considération :

- Son attitude au sein et la qualité de son réflexe de succion.
- Son type d'allaitement maternel (exclusif ou mixte) : le fait que la mère de naissance allaite aussi facilitera la mise au sein avec la mère sociale qui aura induit la lactation ; si par contre la mère de naissance n'allait pas, l'emploi de complément au biberon sera souvent nécessaire puisque la mère sociale ne pourra pas assurer un allaitement exclusif et donc la mise en place de l'allaitement sera plus difficile.
- Des contacts peau à peau fréquents.

Les facteurs maternels tiennent compte :

- De sa motivation : les motivations peuvent s'avérer différentes selon l'objectif que les mamans adoptives cherchent à atteindre. Une différence entre les pays en développement et les pays industrialisés a été constatée. Pour les premiers, l'objectif est essentiellement nutritif pour garantir la santé de l'enfant (dont le but est de produire du lait et d'allaiter exclusivement) et rarement la relation mère-enfant car c'est un lien qui se crée naturellement. Pour les seconds, le facteur majeur de motivation est de faire profiter leur bébé de la relation qu'offre l'allaitement maternel, quelque soit la quantité de lait obtenue.
- De sa disponibilité : cette pratique requiert un investissement important.
- De son expérience antérieure d'allaitement (influence relative sur la capacité d'allaiter mais a un impact sur son savoir et sa pratique) et de l'intervalle sans allaitement (durée pendant laquelle elle n'a pas allaité). Plus cet intervalle est court, plus la réussite est importante.
- D'une information adaptée : cela est impératif car « des attentes irréalistes peuvent générer du stress » pour la triade mères-enfant et « toute tentative entreprise par une personne inexpérimentée risque de générer un sentiment de frustration et de nuire à la relation mère-enfant » (OMS, 2000 : 7). Les professionnels de santé devront prévenir les mères sociales que lancer une lactation est un parcours compliqué, qu'il faut être patiente et persévérante, qu'il ne faut pas avoir d'attentes précises sur le moment de survenue d'une production lactée et qu'il est impossible de garantir que la mère aura du lait et de prédire la quantité de lait produite : « la quantité de lait produite dans de telles circonstances peut s'avérer insuffisante pour envisager un allaitement exclusif » (OMS, 2000 : 1). Ils devront expliquer l'importance de la proximité physique fréquente, l'utilité de mettre fréquemment l'enfant au sein pour le nourrir mais aussi pour répondre à ses

besoins de succion et l'apaiser, et comment donner des compléments de lait en interagissant le moins possible avec l'allaitement. Un refus de l'enfant de téter n'est pas catégorique et ne doit pas provoquer un renoncement de la part de la mère. Plusieurs solutions peuvent être proposées pour encourager l'enfant à téter mais en aucun cas il faut le forcer. La mère doit garder à l'esprit que « si ça ne marche pas cette semaine, cela pourra réussir la semaine suivante » (Railhet, 2009 : 5-9).

- D'un soutien socio-professionnel adéquat : un entourage positif et compréhensif est primordial et renforce leur confiance en elle. (Prieur, 2005 : 9). Avant de répondre au besoin de ces femmes et de les soutenir, l'information et la formation des professionnels de santé sont primordiales. Ces derniers sont tenus d'informer à leur tour les mères lesbiennes sur l'allaitement – du général au particulier – afin qu'elles puissent y recourir si besoin et de les orienter vers une conseillère en lactation pour leur offrir un accompagnement optimal. La conseillère en allaitement pourra guider, prendre en charge et encourager ces mères car c'est un projet qui nécessite des compétences, de la patience et une aide au long cours, à toutes les étapes de la grossesse (préconceptionnel, anténatale et post-natale). Plus important encore, le soutien prodigué par les professionnels est crucial car les mères induisant la lactation devront, bien souvent, braver l'incompréhension, voire les critiques de leur entourage. Le fait de pouvoir rencontrer d'autres mères ayant induit la lactation – via des associations, des forums de discussion consacrés à la lactation induite ou des réunions de partage d'expérience – pourrait être d'une aide précieuse.

Nous avons constaté dans la partie précédente que l'allaitement d'un enfant adopté possède des caractéristiques très différentes entre les pays occidentaux et les pays en voie de développement. Les résultats d'une induction de lactation ont été comparés entre ces pays (Prieur, 2005 : 8) : de plus grands succès sont obtenus dans les pays en voie de développement avec « 100% d'allaitement exclusif » alors que dans les pays occidentaux, ce sont souvent des cas « d'allaitements partiels ». Ce constat semble en lien avec les différences de conception de l'allaitement. Gribble (2005) explique que dans les cultures qu'il appelle « traditionnelles », les femmes ont l'habitude de voir allaiter autour d'elles : c'est une pratique qui va de soi, l'enfant est mis au sein à la demande et passe beaucoup de temps contre sa mère jour et nuit. Toutes ces conditions faciliteraient probablement la réussite de l'allaitement d'un enfant adopté. Or, d'un point de vue anthropologique, cet argument serait discutable puisque d'une part, l'appellation de société traditionnelle est remise en cause

depuis les années 50¹¹ (Lenclud, 1987) et, que d'autre part, ce sont plutôt sur les systèmes sociaux de la parenté, de sexe, les croyances, les représentations du lait que les femmes non mères de naissance s'appuieraient pour mettre l'enfant au sein.

Ces faibles résultats relevés pour les pays occidentaux s'expliqueraient par diverses raisons : un mauvais soutien de l'entourage familial et professionnel, une incompréhension du besoin de proximité avec son bébé et la certitude que la femme n'aura pas suffisamment de lait (Prieur, 2005 : 8 ; OMS, 2000). Toutefois, les études sur l'allaitement d'un enfant adopté sont peu nombreuses pour se contenter de ces seuls facteurs expliquant un succès plus fréquent dans les sociétés « traditionnelles » (Gribble, 2005). Même si la production lactée est absente, de nombreuses mères qui témoignent trouvent tout de même « gratifiant » de vivre cette expérience (Railhet, 2009).

2. Le protocole de lactation induite du Dr Jack Newman

Un protocole destiné à induire la lactation sans grossesse a été conçu par le docteur Jack Newman en collaboration avec Lenore Goldfarb¹². Ce protocole, publié en 2002, concerne initialement les mères souhaitant allaiter leur bébé adopté ou né d'une mère de substitution. Il a été établi grâce au protocole original fondé par le docteur Jack Newman et mis au point grâce aux expériences personnelles de toutes les mères ayant réussi à induire une lactation. Ce protocole s'est étendu aux mères sociales dans les couples homosexuels dans le but de participer et non d'allaiter exclusivement. L'objectif est de simuler un état de grossesse

¹¹ Le terme « traditionnel » apparaît au 19^{ème} siècle faisant suite à l'emploi de termes qui, dès le 18^{ème} s. servent à qualifier des sociétés « sauvages » pour les distinguer des sociétés « civilisées ». On parlera de sociétés archaïques, primitives, pour ensuite parler de sociétés traditionnelles (non-industrielles, sous développées). Peu importe le qualificatif mais il est toujours employé pour marquer l'opposition aux sociétés modernes, c'est-à-dire occidentales. Ainsi s'opposeraient donc tradition et modernité. Le recours à ce terme et cette classification sont donc ethnocentrés, ils posent la question de la pensée de l'autre et de soi, c'est-à-dire de l'altérité. Mais la difficulté de l'emploi de ce terme « traditionnel » comme le soulevait Lévi-Strauss (1961) est problématique parce qu'il englobe sous une même appellation des sociétés fort différentes et diversifiées, pouvant « différer autant entre elles que chacune d'elle diffère de la nôtre ».

Le regard ethnocentré, c'est-à-dire extérieur, sur les sociétés dites traditionnelles est à l'origine de la construction de nombreux stéréotypes qui ont perduré et perdurent encore parfois à leur sujet. Elles seraient simplistes : ce jugement est fondé sur les techniques, le degré de technicité atteint par la société en question par comparaison au degré de technicité et de développement des sociétés industrielles dont sont issus les anthropologues qui les abordent et les étudient. Ce jugement extérieur omet de prendre en compte ce qui est valorisé dans ces sociétés comme la parenté, les croyances, et leur degré de complexité, hautement plus élaborés que dans les systèmes de références occidentaux. Ce caractère simpliste a été nourri par l'opposition entre sociétés avec ou sans écriture, l'écriture étant la marque d'une société civilisée/oralité stade archaïque pour les évolutionnistes (Cours de Céline Verguet intitulé « *Anthropologie et production de culture(s)* », pour licence 1, département d'anthropologie, université Nice Côte d'Azur)

¹² Lenore Goldfarb est une consultante en lactation certifiée par l'International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE). Elle a participé à l'élaboration de ce protocole grâce à son expérience personnelle, en établissant une production lactée pour allaiter son fils né d'une mère porteuse (<http://www.canadianbreastfeedingfoundation.org/aboutus.shtml>).

grâce à l'utilisation de divers médicaments (contraception orale oestro-progestative, dompéridone), d'herbes (fenugrec, chardon béni) ainsi que grâce à une stimulation régulière des seins. Cette pratique médicamenteuse est plus fréquemment utilisée dans les pays occidentaux et s'explique par « un taux basal de prolactine plus bas chez les nullipares que chez les multipares, or les mères adoptives occidentales sont plus souvent nullipares que les mères adoptives des pays en voie de développement » (Gribble, 2005).

2.1. Rappel sur la physiologie de l'allaitement et introduction aux protocoles

Biologiquement, la grossesse entraîne d'importants changements endocriniens pour préparer le corps à l'arrivée d'un enfant. Sous l'influence hormonale, la glande mammaire va subir des transformations. Pendant la grossesse, sous l'effet des œstrogènes synthétisés par l'unité foeto-placentaire, les canaux galactophores s'allongent, se ramifient et le taux de prolactine augmente. La progestérone, sécrétée par le placenta, agit quant à elle sur le développement des acinis et inhibe la prolactine qui a une action lactogène. A l'accouchement, les taux sanguin d'œstrogènes et de progestérone s'effondrent brutalement entraînant ainsi la libération de prolactine par l'hypophyse, lui permettant de jouer son rôle : produire du lait. Le taux de prolactine n'est pas corrélé au volume de lait produit (Powers, Montgomery, 2011 : 2). La stimulation des seins, via la succion qu'exerce le bébé ou via le tire-lait, induit des sécrétions de prolactine et d'ocytocine qui permet l'éjection du lait. Ainsi, plus les seins sont drainés et plus la synthèse de lait est importante. Pendant toute la durée de l'allaitement, les acini se développent et c'est au moment du sevrage que les canaux s'atrophient et que les acini disparaissent. La sécrétion de prolactine est donc contrôlée par divers facteurs : elle est inhibée par la dopamine et stimulée par la succion du bébé.

Pour arriver à imiter l'impact hormonal de la grossesse et de l'accouchement, des chercheurs se sont recentrés sur l'endocrinologie et la physiologie de l'allaitement et ont établi une suite de déductions. En dehors de la grossesse, les femmes utilisant des contraceptifs oraux oestroprogestatifs peuvent constater des modifications mammaires (augmentation du volume des seins, mastodynie, tension mammaire) sans accompagnement d'une production lactée, lorsque ceux-ci ont un dosage trop fort. L'administration de dompéridone dans l'indication des nausées-vomissements a provoqué comme effet secondaire une lactation. En combinant ces deux médicaments avec respectivement leurs effets indésirables associés – augmentation du volume des seins et sécrétion de prolactine – « c'est

comme faire bouillir de l'eau » (Newman, Goldfarb, 2002 : 3). En y associant une stimulation mammaire à l'aide d'un tire lait, une production de lait accrue est obtenue.

La pilule et la dompéridone apportent trois des quatre hormones nécessaires à une grossesse et son allaitement. La quatrième hormone, la lactogène placentaire, est sécrétée par le syncytiotrophoblaste et est aussi responsable du développement de la glande mammaire; elle est disponible uniquement quand il y a une grossesse et ne peut être synthétisée chimiquement (Newman, Goldfarb, 2002 : 3).

2.2. Thérapeutiques et procédés utilisés

2.2.1. *Les galactogènes*

Il existe des galactogènes médicamenteux et non médicamenteux – les plantes médicinales – supposées faciliter la mise en route, le maintien ou l'accroissement de la production lactée de la mère mais peu d'études scientifiques démontrent leur résultat. Initialement, ils ont été utilisés chez les femmes allaitantes pour augmenter une sécrétion lactée en baisse (en raison de pathologies maternelles ou infantile, hospitalisation de l'un d'eux, reprise du travail). Puis leur utilisation s'est élargie pour l'induction d'une lactation chez une mère adoptive et pour la relactation (Powers, Montgomery, 2011 : 2).

Les galactogènes médicamenteux : Dompéridone (Motilium®)

Les galactogènes médicamenteux sont des antagonistes de la dopamine, la dopamine étant un neurotransmetteur qui inhibe au niveau de l'hypophyse la sécrétion de prolactine. Ces neuroleptiques lèvent l'inhibition de la prolactine et augmente sa sécrétion. Plusieurs molécules ont comme effet secondaire l'augmentation des taux sanguins de prolactine pouvant entraîner une galactorrhée chez les hommes et chez les femmes n'allaitant pas : la chlorpromazine (Largactil®), le métoclopramide (Primpéran®) et la dompéridone (Motilium®). Ce dernier, contrairement aux deux autres galactologues cités précédemment, ne traverse pas la barrière hémato-encéphalique (Newman, Goldfarb, 2002 : 4 ; Powers, Montgomery, 2011 : 2). Cette molécule – autorisée en France depuis 1980 – est utilisée pour ses propriétés antiémétiques et indiquée dans le traitement des nausées et vomissements (HAS, 2015 : 3). Elle peut aussi être utilisée en dehors de son indication médicale dans

l'insuffisance de production lactée en augmentant significativement les taux sanguin de prolactine, mais n'est approuvée dans cette indication par aucune autorité de santé en Europe et aux Etats-Unis (ANSM, 2011). Son administration est possible chez la femme qui allaite : la quantité ingérée via le lait est très faible, l'enfant reçoit moins de 0,1% de la dose maternelle soit une infime partie mais aucun fait particulier n'est retenu chez ces enfants (CRAT, 2016 ; Newman, Goldfarb, 2002 : 4).

A posologie antiémétique, il est recommandé une prise d'un comprimé de 10 mg jusqu'à trois fois par jour, la posologie quotidienne maximale ne devant pas dépasser 30 milligrammes et la durée ne doit pas excéder une semaine ; à dose galactogène, la quantité administrée peut atteindre 80 milligrammes (Newman, Goldfarb, 2002 : 7).

Cette spécialité est approuvée depuis plus de vingt ans au Canada par le ministère de la santé, « Santé Canada » (Newman, Goldfarb, 2002 : 4). En France, la dompéridone est disponible seulement sur prescription médicale dans l'indication des nausées et vomissements et est remboursée à 15% par la sécurité sociale (HAS, 2015 : 26).

Galactogènes à bases de plantes :

Dans les cultures non occidentales, les accouchées reçoivent de l'aide pour maximiser l'allaitement via des aliments traditionnels et des plantes en post-partum, utilisés depuis des siècles. Ces plantes médicinales les plus souvent utilisées sont le fenugrec et le chardon béni mais les mécanismes sont encore peu compris et les études scientifiques rares. La posologie est de 3 capsules per os trois fois par jour lors des repas (Newman, Goldfarb, 2002 : 8 ; Powers, Montgomery, 2011 : 3).

2.2.2. Les contraceptifs oraux

Les contraceptifs oraux utilisés sont monophasiques et doivent contenir 1 milligramme de progestérone et 0,035 milligramme d'éthinyl estradiol. Ils ne servent pas à contrôler la régulation des naissances mais à développer la glande mammaire. Ces hormones sont les mêmes qui stimulent la croissance du tissu mammaire pendant la grossesse, mais à posologie plus importante pour la progestérone. Ils sont à prendre en continu.

2.2.3. *La stimulation des seins*

La préparation des seins avant les premières tétées est une étape essentielle. Grâce à l'utilisation d'un tire-lait ou à l'expression manuelle, la stimulation des seins permet de développer la glande mammaire tout en accroissant le taux de prolactine. Les résultats dépendent du temps de préparation et de la fréquence des stimulations : plus la préparation des seins est longue et les stimulations fréquentes, plus la mère aura de chance d'avoir du lait au moment des premières tétées et meilleure sera sa production. Mais cela dépend des objectifs personnels que la mère s'est fixés et du temps dont elle dispose. Dans le cas où la mère enceinte allaite aussi, il est conseillé à la mère sociale ayant induit la lactation d'attendre que l'allaitement de sa compagne se mette en place et de proposer au départ son sein en complément (Prieur, 2005 : 10).

2.2.4. *Le Dispositif d'Aide à la Lactation (DAL)*

Le DAL est un dispositif permettant à la mère allaitante d'éviter l'emploi de biberon quand elle doit donner à son bébé des compléments de lait maternel exprimé ou de lait artificiel. Il peut être utilisé dans diverses situations notamment dans l'induction d'une lactation où ce dispositif est utilisé en attendant que la mère ait une production lactée et évite au bébé de téter dans le vide et de s'épuiser. C'est un récipient – habituellement un biberon – auquel est relié un tuyau et l'autre extrémité est fixée au sein ou introduit dans la bouche du bébé lors de la tétée. Le tube ne doit pas dépasser le bout du mamelon et est de préférence introduit dans le coin de la bouche du bébé, dirigé vers le palais. Le récipient, lui, est placé à hauteur de la tête du bébé, contenant du lait artificiel ou du lait maternel tiré au préalable. Le DAL permet d'associer sein et lait dans le cerveau du bébé et l'incite à téter tout en étant alimenté.¹³

2.3. Le protocole du Dr Jack Newman

Avant de se lancer dans cette expérience, il est préférable que la mère consulte un médecin ou une sage-femme spécialiste en lactation qui puisse comprendre sa démarche, l'accompagner et lui prescrire les médicaments nécessaires. Cette démarche n'est pas anodine et demande un suivi médical – soit directement par un médecin ou consultante en lactation,

¹³ https://www.lilfrance.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=961&Itemid=506

soit transféré par une sage-femme à l'un d'eux – pour surveiller que la mère ait un suivi approprié et veiller à l'apparition d'effets secondaires. Le médecin ou la consultante en lactation qui suit cette mère pourra informer le service de maternité par courrier ou oralement stipulant que la mère qui ne porte pas l'enfant a le projet d'allaiter, car les professionnels méconnaissant et n'étant pas familiarisés avec la lactation induite pourraient la décourager ou ne pas l'encadrer (Newman, Goldfarb, 2002 : 1) voire la rejeter.

Pour une mise en place de ce protocole, un encadrement pluridisciplinaire doit être mis en place. En effet, la dompéridone peut être prescrite par la sage-femme dans l'indication des nausées et vomissements mais ne rentre pas dans son champ de prescription dans l'indication d'une insuffisance de production lactée, car cela ne relève plus de l'eutocie. La sage-femme devra par conséquent passer la main au gynécologue obstétricien ou au médecin généraliste (Vidal, 2016).

A partir du protocole « ordinaire » conçu pour les mères disposant d'un long délai avant la naissance prévue du bébé, des variantes de ce protocole ont été mises au point : la version « accélérée » pour les femmes disposant de peu de temps avant l'accouchement et le protocole de la « ménopause ». Dans ce mémoire nous nous attacherons aux protocoles « ordinaire » et « accéléré ».

2.3.1. Le protocole courant ou ordinaire

Ce protocole est conçu pour les mères disposant d'un long délai avant la naissance prévue du bébé, soit au minimum six mois avant la date de terme de l'accouchement pour obtenir les meilleurs résultats. A partir du quatrième mois de grossesse lui sera administré un contraceptif oral en continu associé à la dompéridone (10 milligrammes quatre fois par jour pendant une semaine puis 20 milligrammes quatre fois par jour). Puis, six semaines avant le terme prévu, la femme interrompt la pilule tout en poursuivant la domperidone et débute la stimulation de ses seins via l'utilisation d'un tire-lait (à intervalles réguliers de trois heures et une fois la nuit car la sécrétion de prolactine varie au cours du rythme nyctéméral et atteint un taux nocturne maximal entre une et cinq heures de la nuit). Elle peut, si elle le souhaite, utiliser les herbes. Chaque mère répond différemment à la production de lait : cela peut prendre quelques jours voire plusieurs semaines. Après la naissance, la domperidone est poursuivie jusqu'au sevrage du bébé tout en continuant à stimuler les seins dix minutes après

chaque tétée pour accroître la quantité de lait. Il est important qu'elle mette au sein le bébé que sa compagne a porté dès qu'elle peut, le mieux étant en salle de naissance (Newman, Goldfarb, 2002 : 10-11).

Ce processus imite ce qui se produit pendant la grossesse et les conséquences de l'accouchement. Les prises de contraceptif et de dompéridone imitent les modifications physiologiques que le corps subit pendant la grossesse. L'accouchement est représenté par l'arrêt des contraceptifs pour provoquer une diminution brutale du taux de progestérone. Cela permet, tout en continuant la dompéridone et en débutant la stimulation des seins, l'augmentation et la libération de la prolactine stimulant la production lactée. La sécrétion de prolactine sera entretenue pendant toute la durée de l'allaitement, en réaction à la succion du mamelon par le bébé, à la stimulation post-tétée et à l'administration de dompéridone.

2.3.2. Le protocole accéléré

La version « accélérée » s'adresse aux femmes disposant de peu de temps pour se préparer avant l'accouchement ou aux femmes suivant le protocole ordinaire alors que l'arrivée de l'enfant est plus rapide que prévue. Ce protocole permet donc une certaine flexibilité pour que la femme puisse modifier ses pratiques assez rapidement. La production lactée sera légèrement inférieure mais la quantité sera suffisante pour les besoins du bébé. Cette version consiste en l'administration continue de contraceptif pendant une durée de 30 jours minimum associée à la domperidone (20 milligrammes quatre fois par jour). Cette durée minimale permettra d'obtenir de meilleurs résultats. Dès les modifications mammaires, les contraceptifs sont stoppés et seule la dompéridone est continuée avec des stimulations des seins toutes les trois heures et une stimulation nocturne, avec possibilité d'adjonctions d'herbes dès la mise en place du tire-lait. Si la mère est en cours d'exécution du protocole lors de la naissance de l'enfant, elle peut utiliser un dispositif d'aide à la lactation (DAL) pour l'allaiter. Plus la mère a de temps avant la naissance, plus elle aura de temps pour suivre le protocole et mieux ce sera (Newman, Goldfarb, 2002 : 12-13).

Dans les deux protocoles explicités ci-dessus, la mère peut conserver autant de lait tiré qu'elle le peut et cela lui est recommandé. De plus, l'utilisation du DAL est justifiée tant que la production de lait n'est pas suffisante. La mère doit être informée qu'il n'est pas utile

que tout le lait vienne d'elle mais que la quantité qu'elle aura obtenu sera un don précieux, qu'importe la quantité fournie à l'enfant.

2.4. Variante

Les protocoles décrits ci-dessus servent de recommandations et de support pour le suivi des mères ayant ou désirant induire la lactation mais ne représente pas un modèle standard de traitement : le protocole peut être modifié selon les besoins individuels de la patiente.

Tout en restant dans l'approche pharmacologique, une autre option consiste à bannir l'utilisation des contraceptifs fortement dosés en progestérone et n'utiliser que la dompéridone en conjonction avec la stimulation des seins.

En dehors des méthodes pharmacologiques, d'autres techniques peuvent être utilisées pour induire la lactation afin de pallier la réticence de nombreuses mères concernant les médicaments :

- Une préparation des seins uniquement fondée sur la stimulation, plusieurs semaines avant la naissance prévue.
- Une thérapie à base de plantes : homéopathie ou phytothérapie.

Dénuées de risque, ces alternatives non médicamenteuses ont en revanche moins de chance d'aboutir à des productions importantes de lait maternel. Mais quelle que soit la méthode choisie, les femmes ont réussi à induire une lactation et le meilleur galactogène est la succion du bébé. « Chez les femmes qui ont été enceintes et qui ont allaité auparavant, les taux de réussite extrêmement élevés ont été obtenus avec cette méthode, mais ceux-ci varient chez les femmes nullipares » (Wahlert, Fiester, 2013). Mais tout comme les plantes médicinales et les galactogènes pharmaceutiques, il existe une carence en étude concernant l'homéopathie et la phytothérapie.

2.5. Réticences

Les conséquences de traitements sur l'organisme ne sont jamais dénuées de risques. Les médicaments s'accompagnent d'effets indésirables plus ou moins graves et plus ou moins fréquents. La décision de l'utilisation de ces médicaments dans l'induction d'une lactation va

dépendre de l'état de santé de la femme et de ses antécédents pour rechercher des allergies, des contre-indications ou des interactions médicamenteuses. Cet interrogatoire permet de confronter les effets bénéfiques et les effets négatifs que la mère en tirera et de savoir si le risque lié aux effets secondaires est acceptable. Cette question fait alors prendre en compte ce qu'on appelle la balance bénéfice-risque se basant sur des études cliniques déterminant les risques encourus par la mère et les avantages qu'elle peut en tirer.

L'utilisation des contraceptifs oraux est normalement mauvaise pour une femme allaitante mais dans le cas de la lactation induite, la production de lait n'est pas encore présente et ces hormones sont seulement utilisées pour préparer la glande mammaire. Il faut savoir que la dose d'hormones prescrite (2 milligrammes de progestérone) est minime par rapport aux niveaux d'hormones nécessaires à la gestation et par rapport au protocole de fécondation in vitro, dans lequel les femmes reçoivent l'équivalent de 200 milligrammes de progestérone pour maintenir la grossesse. Logiquement, la quantité d'hormones ingérée pour induire une lactation est comparable au traitement hormonal dans l'induction d'une grossesse (Newman, Goldfarb, 2002 : 3). Ne bénéficiant pas d'autorisation de mise sur le marché dans la stimulation de la lactation, la domperidone ne devrait être utilisée en raison des risques encourus par les patients l'utilisant et dont le rapport bénéfice-risque n'a jamais été évalué dans cette indication (ANSM, 2011). L'ANSM « rappelle aux prescripteurs de respecter strictement les indications de ce produit et de prendre en compte le risque cardiaque [...] en particulier chez les patients qui présentent des facteurs de risque » (ANSM, 2014). Dans l'indication de l'induction de la lactation, le problème qui réside sera de trouver un professionnel acceptant de prescrire ce médicament. C'est une autre problématique auquel les femmes se retrouvent confrontées. Les professionnels de santé qui se sentent de prescrire ce médicament doivent le faire avec prudence, doivent prendre en compte le rapport bénéfice-risque et après avoir obtenu le consentement de la patiente. Il s'engage à suivre étroitement la mère sur le déroulement de l'allaitement et sur l'apparition éventuelle de tout effet secondaire du médicament. Des effets indésirables potentiels modérés tels que sécheresse buccale, céphalées, douleurs abdominales peuvent survenir. Des effets cardiaques rares mais graves (arythmie ventriculaire et mort subite par allongement de l'intervalle QT) ont été observés, principalement quand les doses sont élevées et dépassent les doses recommandées. Ces effets secondaires doivent être pesés avant toute administration par rapport au manque de preuve de leur efficacité, en raison du peu d'études cliniques existant à ce jour. Aucun effet pédiatrique n'a été décelé chez les enfants qui reçoivent du lait de mères prenant la dompéridone. Ce

médicament est contre-indiqué chez les personnes insuffisant hépatique ou présentant une affection cardiaque sous-jacente¹⁴. La femme enceinte doit être informée des effets secondaires potentiels avant toute administration. D'ailleurs, le protocole de *l'Academy of Breastfeeding Medicine* sur l'utilisation des galactogènes pour l'induction ou l'augmentation de la sécrétion lactée recommande de recueillir le consentement écrit de la patiente pour la prescription de Dompéridone. Il préconise aussi de « prescrire ce galactogène à la dose la plus basse possible pour la période la plus courte possible et de ne pas dépasser les doses thérapeutiques recommandées » (Powers, Montgomery, 2011 : 5). Il faut savoir que dans le protocole du Dr Newman, cette molécule est administrée pendant toute la durée de l'allaitement, sur une courte période (moins d'une année en moyenne).

En ce qui concerne les plantes galactogènes, ces dernières causent des difficultés en raison du manque de régulation pour les préparations et du manque de renseignements sur leur vertu et leur sécurité. Les données existantes sont insuffisantes pour être concluantes et en faire des recommandations valides. Ces dernières sont établies principalement sur les opinions d'experts et de petites études. Il existe un « besoin d'études bien conçues, correctement pondérées, randomisées, contrôlées, utilisant des doses adéquates de galactogènes, sur des populations de femmes chez qui tant le groupe expérimental que le groupe témoin reçoivent un soutien à l'allaitement moderne et approprié » (Powers, Montgomery, 2011 : 5).

En revanche, pour une femme en bonne santé, les avantages (émotionnels, nutritionnels et pratiques) sont significativement supérieurs aux risques. *L'American Academy of Family Physicians* et *l'American Academy of Pediatrics* recommandent la lactation induite dans les cas d'adoption : « Le médecin doit offrir à la mère adoptive l'opportunité d'allaiter son enfant » et « devrait soutenir la lactation induite » (Wahlert, Fiester, 2013). Si ces institutions le préconisent pour ces mères, il est possible d'étendre cette pratique aux couples homosexuels de femmes. Mais pour certains professionnels, « lorsque l'enfant est allaité par sa mère de naissance, ils peuvent considérer que l'allaitement par son autre mère ne présente pas de bénéfices significatifs sur le plan nutritif et de sa santé » mais le bénéfice principal sera la relation particulière entre cette mère et son enfant allaité (Wahlert, Fiester, 2013). D'un point de vue anthropologique, nous sommes ici dans le cadre d'une

¹⁴ <http://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Medicaments-contenant-de-la-domperidone-Nouvelles-recommandations-visant-a-minimiser-les-risques-cardiaques>

considération hétéronormative : la mère est celle qui donne naissance. Dans notre cas, le partenaire est une femme et ne peut donc être le père (partenaire ni père-ni mère).

2.6. La Composition du lait

Peu d'études sur la lactation induite chez la femme existent à ce jour, et encore moins ont abordé la question de la composition de ce lait. Une récente étude sur le taux lacté de protéines après induction d'une lactation a été publiée en 2015 dans le Journal of Human Lactation¹⁵ (Wilson et al, 2014). L'objectif de cette étude consiste à étudier le taux total de protéines et de certaines protéines bioactives (activité des immunoglobulines A (IgAs), taux de lysozymes et de lactoferrine) à la suite d'une lactation induite.

Cette étude a été menée auprès de deux femmes de 38 ans (femme A) et de 46 ans (femme B) sans antécédents notables, nullipares et n'ayant jamais allaité auparavant. Elles ont suivi le protocole médicamenteux du Dr Jack Newman alliant hormones, galactogènes et stimulation des seins. A compter du début de la lactation, des échantillons ont été recueillis toutes les semaines pendant deux mois. Ces échantillons ont été comparés à des échantillons de lait mature à 11 mois du post-partum, issus d'un groupe témoin composé de trois femmes allaitant l'enfant qu'elles ont mis au monde. Le lait obtenu par lactation induite avait l'aspect du lait mature, sans période de colostrum. Le lait est apparu après 12 jours de stimulation des seins pour la femme A (qui produisait au maximum 64 mL par jour) et 2 jours pour la femme B (dont la production lactée maximale était de 26 mL par jour). Le taux total de protéines était plus élevé chez les femmes ayant induit (respectivement 23 et 22 g/L) que chez les femmes du groupe témoin (13,8g/l). L'activité des IgAs est supérieure au groupe témoin puis diminue fortement pour atteindre des taux similaires au groupe témoin. Le taux de lactoferrine est supérieur au groupe témoin mais le taux de lysozyme, lui, est inférieur au groupe témoin et augmente pour tendre à s'en rapprocher.

Toutefois, cette étude présente des limites : la faible population de femmes ayant induit la lactation, le fait que soit étudié uniquement le taux de protéines et la production lactée induite peu abondante peuvent expliquer ce taux élevé de protéines. Ainsi, le lait obtenu suite à une lactation induite est une bonne source de protéines dont les taux sont en

¹⁵ Journal officiel de l'International Lactation Consultant Association, écrit par des professionnels pour des professionnels

moyenne supérieurs ou similaires aux échantillons de lait mature provenant des femmes ayant allaités l'enfant qu'elles ont accouché.

3. Expériences et témoignages de lactation induite

3.1. Témoignages d'allaitement d'un enfant adopté

Dans l'émission « Rendez-vous en terre inconnue : chez les nomades de Mongolie » diffusée le 29 Novembre 2016 à 21h sur France 2, un couple mongole a adopté une petite fille et la maman adoptive a réussi à induire sa lactation naturellement : *« Quand on l'a ramenée chez nous, elle pleurait pour téter et le lait de chamelle qu'on lui donnait la rendait malade. Alors j'ai commencé à essayer de lui donner le sein. Les gens me disaient que parfois on pouvait arriver à avoir du lait comme ça. Je n'étais pas sûre de moi. Mais j'ai toujours senti quelque chose de très fort entre nous comme si elle avait toujours été ma fille. Au bout d'un mois d'essai, j'ai commencé à avoir un liquide transparent, et petit à petit c'est devenu du lait. C'était magique, on était unies par un lien mère-fille vraiment très fort. Petit à petit elle a pris du poids, elle a grandi et elle a commencé à manger d'autres aliments ».*

Puissance de l'amour ?

Une petite chinoise – adoptée à l'âge de 5 ans – avait été abandonnée suite à la découverte d'une anomalie cardiaque, traitée chirurgicalement avant son adoption. Avec des débuts difficiles dans la vie – hospitalisation, alternance entre orphelinat et famille d'accueil – elle présentait un retard de développement avec des « crises de rage ». La mère adoptive a établi des contacts physiques étroits avec sa fille adoptive et cette dernière a commencé à manifester son désir de téter laissant sous-entendre qu'elle avait du être allaitée avant d'être abandonnée. Etonnée, la mère a lancé une lactation grâce à un tire-lait et a allaité sa fille jusqu'à l'âge de sept ans et demi. Cet allaitement fut bénéfique pour cet enfant puisqu'elle progressa sur le plan du développement cognitif, physique et émotionnel (Railhet, 2009).

Une mère adoptive d'une petite chinoise – cette fois-ci adoptée à l'âge de trois ans et présentant aussi un retard de développement – a mis en place des liens étroits avec sa fille en la gardant le plus souvent contre elle nuit et jour. Cette mère a décidé d'induire une lactation dans le but que sa fille cesse de la rejeter. Cette dernière a fini par manifester son désir de téter au bout de deux mois et a été allaitée jusqu'à ses six ans (Railhet, 2009).

Catherine, née avec une pathologie congénitale à la naissance, a été hospitalisée à la naissance pour une prise en charge chirurgicale. Pendant toute cette période, ses parents se sont désinvestis et détachés de leur fille et ont fini par la proposer à l'adoption. Adoptée à six mois et demi, elle était nourrie artificiellement par sonde et présentait une stagnation staturo-pondérale avec un poids de 3200 grammes à quatre mois. Sa mère adoptive avait déjà allaité des enfants adoptés mais ce fut beaucoup plus compliqué cette fois car sa fille présentait une aversion alimentaire et était toujours nourrie par sonde artificielle. Elle a mis en place une proximité étroite avec sa fille. Celle-ci a progressivement pris le biberon puis le sein avec le DAL. A l'âge d'un an, elle ne prenait plus que le sein jusqu'à ses deux ans. Son développement s'est considérablement amélioré.

Cette mère avait antérieurement allaité ses deux enfants adoptifs. Pour son premier enfant, elle a commencé le protocole du Dr Newman quatre mois avant la naissance présumée. La mère biologique et le directeur de l'agence d'adoption étaient choqués et sceptiques concernant son désir d'allaiter. Elle tirait 425 millilitres par jour. Elle a dû attendre que l'enfant sorte de la maternité pour débiter les mises au sein. Son seul souci était de savoir si son enfant prendrait le sein car pendant son séjour en maternité, la mère biologique donnait des biberons mais les difficultés ont rapidement été résolues et elle a réussi à allaiter exclusivement. Elle a poursuivi la Dompéridone pendant trois mois puis l'a arrêtée définitivement. Elle a réussi ainsi à poursuivre son allaitement exclusif jusqu'aux 23 mois de sa fille (Railhet, 2009).

Un petit garçon, né d'une mère toxicomane, a développé un syndrome de sevrage à la naissance. Quelques jours après sa naissance, il a été placé dans une famille d'accueil qui l'a par la suite adopté. La mère adoptive a décidé de lancer une lactation quand elle a compris que son enfant cherchait son sein. Il avait à ce moment-là six mois. Elle lui a donné le sein avec un DAL et a rapidement mis en place la diversification alimentaire. Il s'est rapidement montré plus interactif avec son entourage et plus calme. Ces modifications soudaines semblent en lien avec l'allaitement selon cette mère (Railhet, 2009).

3.2. Témoignages d'allaitement d'un enfant né d'une mère porteuse

Lenore Goldfarb – qui a participé à l'élaboration du protocole du Dr Jack Newman – a établi une production lactée pour allaiter son fils né d'une mère porteuse, qu'elle a pu

allaiter dès le deuxième jour de vie. Elle a réussi à obtenir 900 millilitres de lait par jour en suivant le protocole du Dr Jack Newman (Newman, Goldfarb, 2002 : 1).

3.3. Témoignage d'une mère allaitant l'enfant porté par sa compagne

Sa compagne était enceinte de six mois quand la mère sociale a manifesté lors d'une consultation son souhait d'allaiter conjointement à sa compagne cet enfant, tant pour l'avantage nutritionnel que relationnel. Aux Etats-Unis, cette démarche est généralement le désir d'une mère adoptive et il est rare d'entendre cette demande de la part d'un couple homosexuel, même si le procédé est similaire. Le gynécologue était réticent et les a découragées car pour lui il semblait inutile que la mère qui n'a pas porté l'enfant allaite puisque l'enfant sera allaité par la mère qui l'aura porté. Selon lui, il n'y a pas d'avantage nutritionnel dans cette situation, contrairement aux mères adoptives chez lesquelles cet avantage nutritionnel dépasse le risque engendré par le protocole. Cette balance bénéfice-risque ne lui semble pas applicable aux couples lesbiens. Pour lui, il ne voit que ce bénéfice-là qui ressort d'une induction de lactation alors que, pour beaucoup, c'est aussi pour vivre un lien émotionnel fort avec son enfant. Ainsi les pensées éthiques de ce médecin ne sont pas fondées et cela reflète un sentiment de discrimination. Ce couple devrait pouvoir bénéficier de la même prise en charge qu'une mère adoptive qui désire lancer une lactation (Wahlert, Fiester, 2013).

Conclusion :

Au premier abord, la lactation induite peut sembler compliquée et peu naturelle pour certain(e)s. Mais il est important de comprendre, d'informer et d'accompagner les mères dans ce souhait d'allaiter alors qu'elles n'ont pas vécu la grossesse. Ces protocoles médicamenteux ouvrent de nouvelles portes pour le futur et sont déjà expérimentés aux Etats-Unis et au Canada. En France, cela reste encore à l'essai et très peu fréquent. Ces protocoles se basent essentiellement sur les expériences personnelles de mères ayant réussi à induire la lactation et ne sont pas figés. Chaque mère présente son projet et le professionnel l'aiguille en fonction de la balance bénéfice-risque et en fonction des objectifs de la mère qui doivent être les plus réalistes possible sans qu'elle se fixe de date précise pour obtenir de résultats. La femme sera de préférence prise en charge par une personne expérimentée : un médecin ou une consultante en lactation. D'après les témoignages recueillis, beaucoup de femmes en ont retiré une

expérience gratifiante et des effets bénéfiques quels que soient les résultats obtenus : d'une simple mise au sein sans lait à quelques gouttes de lait jusqu'à un allaitement exclusif. Certaines vont privilégier l'aspect nutritif et d'autres la relation qu'offre l'allaitement voire la seule mise au sein. Ces mères auront besoin d'un soutien et d'informations adéquats tout en sachant que c'est une démarche difficile qui demande de la motivation, du temps et dont les résultats sont incertains. A ce jour, il n'y a pas suffisamment d'études pour connaître les effets des médicaments sur la mère et l'enfant. Cette pratique, mal connue des professionnels, nécessite des connaissances actualisées pour placer la sage-femme au cœur de la prise en charge de ces mères et de la triade.

Deuxième partie :

Notre étude



CHAPITRE 1 : PRESENTATION DE L'ETUDE

1. Problématique, objectifs et hypothèses

Pendant notre formation initiale à l'école de sage-femme et sur les différents lieux de stage, la question de la lactation induite n'a jamais été abordée. Jusqu'à cette rencontre avec ce couple lesbien, dont la mère sociale a allaité, nous en ignorions l'existence-même. Nous nous sommes retrouvée démunie pour leur fournir de l'aide et des conseils adaptés à leurs attentes et à leurs besoins. Cette fois-ci, c'était à notre tour d'aller chercher de l'information auprès de la patiente et non l'inverse. Il fut alors essentiel d'analyser cette situation et les raisons de cette méconnaissance tout en s'intéressant à la question suivante : quel est le savoir que les couples homoparentaux féminins possèdent sur la lactation induite ? Quelles sont les pratiques et les représentations des mères sociales à propos de la lactation induite qui alimentent ce savoir ?

Ce mémoire met en lumière outre la pratique de la lactation induite en elle-même, les représentations et le savoir en circulation à ce sujet au sein des couples lesbiens. L'objectif principal de ce travail est de dresser un état du savoir à propos de la lactation induite chez les couples de femmes, en particulier chez les mères sociales. Le but de ce recueil de données consiste à produire un outil informatif à propos de cette pratique destiné aux sages-femmes afin d'optimiser l'accompagnement de la triade à ce moment clé de la maternité. L'acquisition de ces connaissances pourrait permettre aux soignants impliqués dans le suivi de couples de femmes d'apporter des réponses adaptées à leur projet d'allaitement. Il ne s'agit pas ici de débattre sur les diverses opinions des mères que nous avons rencontrées ou d'exprimer un quelconque jugement à propos de leur choix mais bien de prendre en compte l'existence de ces pratiques pour une meilleure prise en charge.

Un certain nombre d'hypothèses ont été émises :

- Le couple, et plus précisément la mère sociale, ne bénéficie pas d'informations de la part des sages-femmes pour pouvoir faire un choix éclairé ou pour éclairer son projet.
- Le couple, et plus précisément la mère sociale, est plus informée que les sages-femmes.
- La principale source d'information est internet et la circulation de l'information se fait dans un « entre-soi ».
- Réticence des femmes à utiliser des médicaments pour induire la lactation.

2. Matériel et méthode

2.1. Sélection de la population

2.1.1. Mode de recrutement de la population

Le recrutement de la population s'est fait s'est fait à l'échelle nationale. Il s'est déroulé en plusieurs temps en raison des difficultés rencontrées. Nous avons d'abord contacté des associations dont la *LLF* et l'*APGL* qui ont diffusé auprès de leurs adhérentes un message que nous avons rédigé expliquant l'objet de notre travail et l'importance des témoignages de mères. Cette piste n'a pas trouvé de suite favorable. Puis nous avons contacté toutes les sages-femmes libérales de la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA), via leurs adresses mails que nous avons trouvé sur le site internet des sages-femmes libérales de la côte d'azur¹⁶ et ses environs, pour savoir si elles suivaient ou avaient suivi des couples lesbiens. Nous avons eu quelques réponses positives. Le recours à mon réseau personnel de relations ainsi qu'à celui de Céline Verguet a non seulement permis de développer notre échantillonnage mais aussi de rencontrer des personnes ressources qui nous ont mise en contact avec de nouvelles participantes. Mais le plus grand nombre de recrutements s'est fait par le biais de *Jeanne Magazine*, magazine numérique dédié à un public lesbien, auprès duquel nous avons formulé une demande de diffusion d'un appel à témoignages. Après la parution de notre message dans le numéro de novembre 2016, une personne membre de l'association « les Enfants d'Arc en Ciel » a accepté de répondre à nos questions et a transmis notre message sur le forum de l'association. Grâce à elle, des adhérentes, intéressées de participer, nous ont contacté.

Sans chercher à développer les raisons pour lesquelles il a été difficile d'obtenir des témoignages, nous devons cependant signaler que les enquêtées appartiennent à un groupe social minorisé. En effet, les recherches conduites sur la question de l'homoparentalité montrent, comme le dit Mailfert, que « face à ces nouvelles familles, le regard social a du mal à évoluer. Les familles homoparentales ne sont donc pas ou peu reconnues par la société. Elles restent dans l'ombre, invisibles, comme si encore trop « transgressives », elles ne peuvent revendiquer une réelle existence publique » (Mailfert, 2002 : 2). Même si, sur le plan politique, l'homoparentalité a, en France, une plus grande visibilité depuis quelques années, en particulier depuis le mariage pour tous, « la pression sociale pèse tellement sur ces parents

¹⁶ <http://www.sflibazur.fr/sflibazur.fr/Bienvenue.html>

qu'ils ont intégré l'interdit social de leur situation » (Mailfert, 2002 : 4). Ainsi, ces familles qui se vivent souvent transgressives mettent en œuvre diverses stratégies pour atteindre une légitimité sociale. La première, qui nous concerne, vise à « dissimuler, au prix de multiples stratégies une facette socialement “dévalorisante”. Il s'agit de se protéger du regard des autres, des “normaux” » (Mailfert, 2002 : 3). Outre le fait d'expliquer la difficulté de trouver un échantillon de population, nous concevons ici les raisons pour lesquelles la pratique de la lactation induite chez les couples homoparentaux féminins reste méconnue sinon peu connue des soignants.

Pour pallier tous biais lors du recrutement des patientes et des entretiens, nous n'avons jamais employé les mots « lactation induite » mais les termes « mode d'allaitement », sous-entendant allaitement maternel ou artificiel sans distinction. Cela permet de ne pas induire d'interrogations ni de recherches au préalable et de garantir ainsi l'authenticité de leurs réactions et de leurs réponses. Notre étude intitulée scientifiquement « la lactation induite chez les couples lesbiens » devient pour les entretiens : « les modes d'allaitement chez la mère sociale dans les couples lesbiens ».

Ainsi, la multiplication des pistes nous a permis de recruter 15 mères sociales, ayant eu ou non une expérience de lactation induite (cf annexe IV). Il aurait été intéressant de poursuivre l'enquête encore quelques mois afin de recruter plus de cas de mères ayant tenté d'induire la lactation.

2.1.2. Critères d'inclusion

Lors de l'élaboration de notre projet de mémoire, nous pensions traiter de la lactation induite chez les mères qui la pratiquent, que ce soit en situation homoparentale ou d'adoption. Nous nous sommes rapidement rendu compte que cela représenterait un travail conséquent et qu'en tant que sage-femme, nous ne sommes pas amenées à rencontrer des mères adoptives, même s'il aurait été intéressant d'aborder le protocole suivi par celles-ci.

Nous avons fait le choix d'interroger uniquement la partenaire de la mère de naissance (à savoir la mère sociale) qu'elle ait induit ou non la lactation, puisque c'est elle qui est concernée par la pratique de la lactation induite. Toutefois, nous n'avons pas pu interroger des mères pratiquant la lactation induite au moment de l'entretien ni, quoi qu'il en soit, des

mères qui venaient d'avoir leur enfant. Ont été exclues de l'étude les couples lesbiens n'ayant pas d'enfant et les mères adoptives hétérosexuelles.

Pour nous, il est très important d'aborder le sujet de la lactation induite à partir du témoignage de ces mères de couples homoparentaux. Nous pensons que c'est au travers de leur propre regard et de leur vécu qu'il est possible de faire un point sur cette pratique et développer le meilleur moyen d'information à destination tant des professionnels que des femmes en général. Nous avons donc adopté une position particulière en privilégiant le point de vue situé des mères de couples lesbiens, en particulier des mères sociales, dans l'élaboration du savoir à propos de la lactation induite. Notre but n'est pas de créer de toute pièce un savoir ancré dans la subjectivité de chacune ou de concevoir la seule expérience de ces mères comme une vérité mais bien d'envisager leur position privilégiée pour produire du savoir et le mettre en circulation dans la sphère sociale. Par le biais de leur expérience, les mamans ont acquis une expertise que l'on peut qualifier de profane, d'officieuse – par rapport au savoir médical « sacré », officiel – qui n'en est pas moins une source de savoir.

Toutefois, il aurait été judicieux de réaliser en parallèle autant d'entretiens avec des sages-femmes pour s'intéresser aux représentations et aux savoirs qui circulent au sein du personnel soignant et de croiser ces données avec celles des mères interviewées. Mais cela constituerait à lui seul un autre sujet d'étude.

2.2. Méthode

2.2.1. Type d'étude

« L'entretien peut être considéré comme une forme d'exercice spirituel, visant à obtenir, par l'oubli de soi, une véritable conversion du regard que nous portons sur les autres dans les circonstances ordinaires de la vie. » Pierre Bourdieu, sociologue français (Imbert, 2010 : 24).

En sociologie comme en anthropologie, l'entretien est l'outil de recueil de données privilégié pour les études qualitatives car il permet de récolter des informations, des témoignages, d'accéder au vécu, aux points de vues des personnes interrogées. Trois types d'entretiens existent : directif, semi-directif, libre. Pour les besoins de notre étude, nous avons privilégié l'entretien semi-dirigé qui laisse place à une dynamique conversationnelle,

correspondant le mieux au type de données que nous voulions recueillir. Il ne s'agit pas d'un interrogatoire. Cet outil méthodologique se distingue du questionnaire par une grille d'entretien élaborée par thèmes dans lesquels des questions et des points devront être abordés peu importe l'ordre, l'essentiel étant d'obtenir toutes les réponses jusqu'à redondance des propos. Il se caractérise par une faible directivité de l'enquêteur.

2.2.2. Elaboration de la grille d'entretien

Les entretiens menés auprès des mamans se sont déroulés selon une grille d'entretien (*cf annexe I*) élaborée sur le modèle de la grille du programme de recherche COLOSTRUM (2013-2016)¹⁷ financé par l'Agence Nationale de la Recherche auquel Céline Verguet a participé. Ce guide d'entretien a été construit à partir de diverses lectures sur l'homoparentalité et la lactation induite. Cette trame comprenait trois thèmes majeurs, chacun étant divisé en sous-thèmes.

Le premier se penche sur « les généralités sur la grossesse ». Cette première approche permet de créer un climat de confiance entre la mère et nous, et de la mettre à l'aise. L'entretien débute par une discussion au sujet de la conception de l'enfant en abordant la méthode choisie, les démarches effectuées, le parcours suivi, la prise de contact et le délai avant le début de la grossesse. Puis nous enchaînons sur le suivi et le déroulement de la grossesse, avant de déboucher sur les modalités de l'accouchement, le séjour en maternité et le retour à domicile.

Le deuxième thème sur « l'allaitement » nous permet de savoir le mode d'alimentation choisi (artificiel, maternel ou mixte), la raison de ce choix, la représentation de l'allaitement pour la mère qui n'a pas porté l'enfant et le désir d'allaiter. Cette approche sur l'allaitement maternel nous permet de déduire ou de constater si la mère sociale a des notions sur la lactation induite et surtout si elle a induit. Ainsi, la poursuite de l'entretien prend une orientation différente selon si la mère a induit la lactation ou non, et les questions seront différentes et adaptées à chacune des deux situations. Il est important de ne pas poser la question directement à la personne mais de l'amener progressivement au cœur du sujet pour éviter d'induire des réponses et, de ce fait, de falsifier les données recueillies. Cette méthode permet un accès libre aux représentations des mères rencontrées qui pourraient connaître,

¹⁷ Programme de recherche international et pluridisciplinaire dirigé par le Pr Joël Candau et intitulé « l'alimentation pré-lactée (don et consommation néonatale du colostrum) : pratiques, représentations et enjeux de santé publique (<http://colostrum.hypotheses.org/>)

pratiquer ou non la lactation induite sans toutefois savoir qu'elle se nomme ainsi dans les domaines scientifique et médical.

Le dernier thème sur la « lactation induite » comporte des questions spécifiques adaptées selon si la mère sociale a induit la lactation ou non. Parmi celles qui l'auraient pratiqué ou la pratique, plusieurs points nécessitent d'être questionnés : la prise de décision, le soutien par l'entourage familial et social, le savoir à propos de la lactation induite, le protocole suivi et l'information. Et parmi celles qui n'ont pas induit, nous voulons évaluer les connaissances, les réactions, les points de vue, et l'impact de l'information à propos de l'existence de cette pratique.

Une première ébauche de ce guide d'entretien a été réalisée puis adaptée après les deux premiers entretiens, qui m'ont permis d'élaborer une grille définitive.

2.2.3. Règles éthiques

Préalablement à toute recherche en sociologie et en anthropologie, le chercheur s'engage à respecter des principes éthiques (Cimpric, 2007), en particulier :

- le respect des droits et de la dignité des personnes interrogées : impératif moral intangible assurant la protection de l'homme dans l'humanité et le respect des dires de nos interlocutrices.
- le respect du consentement libre et éclairé : fondement essentiel de toute étude en sciences sociales. Les personnes interrogées ont été informées des objectifs et buts de notre étude avant le début des entretiens et nous ont donné leur accord en toute connaissance de cause sans contrainte ni menace, libres de refuser l'entretien ou de l'interrompre à tout moment. Il a donc fallu à la fois recueillir leur consentement écrit et leur consentement oral. Un double exemplaire devait être signé par la mère et par nous même, chacun de nous conservant l'un d'eux.
- le respect de la vie privée et des renseignements personnels : une lettre présentant notre recherche joint à un formulaire de consentement libre et éclairé (cf annexe III) garantissant et respectant l'anonymat et la confidentialité des données recueillis et du lieu de réalisation de l'entretien ont été remis à chaque maman avant de débiter l'entretien. Le contenu des entretiens n'a été utilisé que pour l'analyse de notre recherche. Pour préserver l'anonymat, chaque entretien a été codé selon la structure suivante : |numéro d'entretien|/|nature du document| (|_|/|_|). La nature du document

est codée par une lettre : F pour la fiche d'entretien, R pour la retranscription et E pour l'enregistrement audio.

Par exemple :

01/F signifie : Fiche d'entretien du premier entretien.

05/R signifie : Retranscription du cinquième entretien.

10/E signifie : Enregistrement audio du dixième entretien¹⁸.

2.2.4. Modalités des entretiens

Les entrevues se sont déroulées sur une période de trois mois, du 20 septembre au 20 Décembre 2016. Elles ont une durée de 25 minutes à 1 heure et 15 minutes, avec une durée moyenne de 42,6 minutes.

Pour pallier tous biais extérieurs, les entretiens individuels avec les seules mères sociales ont été privilégiés évitant ainsi que les réponses ne soient pas influencées par la présence, le regard et les paroles de leur compagne. Cependant, nous avons dû en conduire trois en couple sur demande de la mère sociale ou de la compagne désireuse de partager son expérience de grossesse. Les entretiens en couple se sont en réalité avérés être un point fort par la richesse qu'ils apportaient : les couples revivaient leur histoire tout en ayant un dialogue fondé sur des échanges constructifs et émotionnels. Parfois, c'était même notre initiative de vouloir interroger la mère de naissance pour approfondir certains points évoqués par la mère sociale dans le but de recueillir des renseignements supplémentaires et d'avoir son point de vue.

Une première prise de contact téléphonique avec les mères concernées a été effectuée pour leur présenter notre travail et préciser les objectifs et buts de l'étude. Nous leur avons demandé un premier accord oral et si elles acceptaient que nous utilisions un dictaphone pour l'enregistrement de l'entretien afin d'en faire une retranscription fidèle nécessaire au travail d'analyse.

Les entretiens se sont déroulés dans des lieux choisis par les mères afin qu'elles se sentent à l'aise et que la discussion soit la plus libre possible, de préférence dans un endroit

¹⁸ Sur le modèle de la nomenclature mise en place dans le cadre de l'ANR Colostrum.

calme, à l'abri des autres et tranquille. Ils ont été réalisés en présentiel lorsque cela était possible, en l'occurrence 4 au domicile, 3 dans un lieu public (café ou restaurant). Les 8 autres ont été conduits par vidéoconférence ou par téléphone dans le cadre d'un éloignement géographique dû au recrutement d'enquêtées au niveau national.

Avant chaque entretien, nous présentions le sujet à l'enquêtée, recueillions son consentement éclairé et codions l'entretien. Une fiche de renseignement (*cf annexe II*) a été élaborée pour recueillir les données sociodémographiques de chaque informatrice et les circonstances de l'entretien (présentiel, Skype, téléphone, présence d'une personne ou des deux partenaires du couple). Puis, un temps de réflexion lui était laissé pour formuler d'éventuelles questions. Il lui était ensuite précisé ce qui était attendu et le positionnement de l'enquêtrice : nous voulions recueillir son témoignage et son avis en lui spécifiant qu'il n'y avait pas de bonnes ou mauvaises réponses et qu'aucun jugement ne serait émis. Pour cela, nous devions adopter une position la plus neutre possible tout en restant empathique. La posture était de l'écouter et de rebondir sur ses réponses en réorientant selon la grille d'entretien en faisant attention de la guider sans induire sa réponse. Le plus dur était de créer dès le début un climat de confiance pour que la mère se sente à l'aise de nous livrer son histoire. Moment privilégié de curiosité de l'autre et même de partage, l'entretien s'est envisagé comme un moyen de pénétrer son monde pour tenter de le déchiffrer en gardant une juste distance. Il fallait être attentif aux paroles, à la gestuelle, à l'intonation et à aux regards. Cette communication non verbale était tout aussi importante puisqu'elle traduisait l'état émotionnel de la mère et son attitude par rapport à la situation. Nous avons donc pris des notes sur les attitudes physiques, les émotions dégagées et les éventuelles interruptions qui ont eu lieu. Durant nos entretiens, nous avons rarement eu recours au procédé de « relance ».

Il est arrivé que les deux compagnes soient interrogées l'une après l'autre dans la situation où chacune avait été enceinte et donc mère sociale de l'enfant porté par l'autre. L'intérêt de ces entretiens résidait dans l'accès à la vision de chacune sur la grossesse de sa compagne.

2.2.5. *Traitement des données*

L'ensemble des entretiens, associé à une prise de notes, a été retranscrit intégralement en respectant la fidélité des propos puis codés pour protéger l'anonymat des participantes. Il s'agit là de notre base de données.

Nous avons choisi d'analyser nos entretiens à partir de catégories fondées sur la connaissance que les mères sociales ont de la lactation induite – sans toutefois de prime abord la nommer ainsi – plutôt que sur la seule binarité pratique/non pratique. Ainsi, en partant de la connaissance et des représentations associées à la lactation induite, nous avons pu faire apparaître une diversité de positionnements à l'origine de choix différents quant à cette pratique de mise au sein. Trois groupes majeurs sont ressortis et un cas particulier :

- groupe 1 : Ne connaît pas la lactation induite (4 mères sociales)
- groupe 2 : Connait la lactation induite mais n'a pas induit (8 mères sociales)
- groupe 3 : Connait la lactation induite et a tenté d'induire (2 mères sociales)
- cas particulier : Variante de co-allaitement (1 mère sociale)

Afin d'analyser au mieux nos entretiens, les données ont été regroupées en thématiques, prédéfinies par notre grille d'entretien. Les propos des mères ont été classés selon ces thèmes. La prise de notes concernant les attitudes non verbales a été importante. Cela nous a permis de garder les propos des personnes interviewées dans leur contexte, et de se rappeler dans quel état d'esprit elles étaient au moment de répondre aux questions. Les données recueillies ne sont pas destinées à être représentatives mais elles sont là pour mettre en valeur un fait observé.

De plus, nous avons eu l'occasion de nous entretenir, à l'hôpital et sur rendez-vous, avec la consultante en lactation de la maternité qui a encadré un couple homoparental dont la mère sociale a tenté d'induire de façon naturelle, c'est-à-dire sans médication, la lactation. Son témoignage a été d'une importance capitale dans le sens où il a fourni un exemple concret de prise en charge d'une situation de mise au sein de la mère sociale. Ces échanges ont également été essentiels pour comprendre les situations vécues face au personnel soignant comme en témoignent certaines mères sociales.

Notons que les entretiens ont été conduits bien après la naissance du dernier enfant (entre trois mois et six ans). Les informations recueillies sont des souvenirs. Or, la mémoire s'altère au cours du temps et le souvenir n'est plus qu'une reconstruction, à partir du présent, d'un moment passé : « la mémoire n'est jamais une restitution fidèle du passé mais une reconstruction continuellement actualisé de celui-ci. La restitution d'un souvenir, le rappel mémoriel se font toujours dans un contexte particulier, au présent et servent les besoins du

présent » (Candau, 2005). Le souvenir est en fait le produit de l'action de l'oubli sur la mémoire, c'est-à-dire qu'il est une trace. D'autre part, nous n'avons pas exploité entièrement la grille d'entretien : nous avons choisi de cibler l'allaitement maternel, la lactation induite et l'impact de l'information. Nous avons exclu la situation socio-économique, les caractéristiques sociodémographiques et les généralités sur la grossesse, même s'il est nécessaire en sciences sociales de prendre en compte ces données dans une approche beaucoup plus fine de cette pratique. La richesse de ces données ethnographiques mériterait d'être approfondie dans le cadre d'une recherche plus vaste. Ces exclusions se justifient par diverses raisons :

- Il s'agit d'un mémoire de sage-femme et non d'anthropologie qui nécessiterait d'aller plus loin dans le croisement des données de terrain.
- Poser ces questions est un moyen d'induire la parole et de créer un lien de confiance entre les mamans interrogées et nous. Les propos sur la lactation induite ont été amenés par les questions que nous avons posées en amont. Pour optimiser les réponses et cheminer jusqu'à la lactation induite, les mères doivent se sentir à l'aise, et pour cela elles doivent être dans des conditions agréables et favorables à la confiance. Ces informations sont des inducteurs de parole et pour aborder la lactation induite nous avons choisi de passer par la narration de la grossesse : l'objectif est de chercher de l'information dans une démarche narrative.
- Les caractéristiques sociodémographiques peuvent influencer l'analyse que nous avons pu faire mais le principal était de privilégier les données sur la lactation induite étant donné qu'il s'agit du sujet d'étude.

CHAPITRE 2 : ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES

Les quinze témoignages ont tous été exploités. Parmi ces entretiens, deux femmes avaient une expérience antérieure de lactation induite. Cette pratique semble rester rare au vu des tentatives d'échantillonnage des mamans.

Tout au long de l'analyse, nous avons utilisé les dires de nos interlocutrices afin d'illustrer au mieux nos propos. Nous avons également pris le parti de rapporter ceux de la consultante en lactation pour apporter à l'analyse des témoignages des mères sociales un vécu professionnel.

1. Données générales sur l'échantillon de population étudiée

1.1. Présentation des caractéristiques générales de la population

Les mères sociales sont âgées de 24 à 45 ans, l'âge moyen est de 36,8 ans. Ces quinze couples avaient tous au moins un enfant. Parmi eux, trois couples avaient un deuxième enfant, un couple avait trois enfants et un couple avait quatre enfants. Ces données nous donnent une moyenne de 1,60 enfants par couple, contre 2,01 en moyenne par femme en France, selon l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) en 2014¹⁹. Les femmes avec qui nous nous sommes entretenue ont donc moins d'enfants que la moyenne des femmes françaises. Cela s'explique principalement par un accès plus difficile à la parentalité et de lourdes démarches (voyage à l'étranger, coût) freinant les femmes à réitérer l'expérience. Cependant, la petite taille de notre échantillon ne nous permet pas d'avancer des chiffres très représentatifs. Rappelons, en outre, que l'approche statistique des couples homoparentaux est difficile et qu'il n'existe pas de chiffre sur le nombre d'enfants issus de ces unions.

Enfin, concernant la méthode d'insémination choisie, neuf des couples interrogés ont opté pour une PMA à l'étranger, alors que les autres ont plutôt choisi l'insémination artisanale.

¹⁹ <http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/europe-pays-developpes/indicateurs-fecondite/>

1.2. Connaissances de la lactation induite et modalités d'accès à l'information

Sur les quinze mères interrogées, 10 d'entre elles connaissent cette pratique, et parmi ces mères 50% sont au courant de la dénomination scientifique donnée à cette pratique d'allaitement. D'autres termes associés semblent également connus de certaines puisque l'une évoque l'« *allaitement conjoint* » (ME12) lorsque les deux mères allaitent et une autre parle de « *relancer une lactation* » (ME15).

« *On avait entendu dire pour notre deuxième grossesse qu'effectivement il était possible que la deuxième maman allaite, qu'il y avait des choses envisageables* » (ME14)

« *Un couple d'amie, qui a eu un enfant, m'a dit que celle qui n'avait pas porté l'enfant allait allaiter le bébé* » (ME07)

Les mères sociales apparaissent comme étant les plus avisées sur la lactation induite. Généralement, c'est une tierce personne qui les a informées de l'existence de cette pratique. Elles évoquent ainsi une rencontre hasardeuse, le forum associatif « Les Enfants Arc-en-ciel », la compagne sage-femme qui connaît la lactation induite chez les couples adoptants, la sage-femme libérale, la compagne dont la mère était animatrice à la LLF, le couple d'amies lesbiennes, la rencontre d'une mère allaitante adoptive. La curiosité suscitée par ces rencontres et le défaut d'information de la part des professionnels soignants conduisent souvent – mais pas toujours – les mères à engager des recherches sur Internet, principal outil employé par ces femmes pour découvrir la lactation induite : blog, article de l'OMS, site de la LLF, sont les références consultées par les mères rencontrées. Elles disent y avoir trouvé des renseignements plus ou moins étoffés comme des protocoles médicamenteux et non médicamenteux ainsi que des expériences, mais les informations existantes s'adressent aux femmes adoptantes. C'est parce qu'elle est cantonnée à ce contexte qu'aucune maternité ni clinique n'évoque cette pratique et que les mères lesbiennes parlent des difficultés qu'elles ont à trouver de la documentation concernant leur situation spécifique et pouvant répondre à leur projet d'allaitement. C'est en contournant ce vide informatif que certaines mères, captivées par cette pratique chez les femmes adoptantes, l'ont transposé à leur situation jusqu'à en faire l'expérience comme le signale celle-ci : « *j'ai trouvé aussi un protocole et avec les quelques informations que j'ai trouvé je m'y suis collé en me disant on verra bien* » (ME12).

Les mères sociales interrogées ont des connaissances inégales, plus ou moins variées et développées selon le degré de motivation à expérimenter cette forme de mise au sein. Il y a

donc un lien de dépendance entre savoir et pratique : plus la motivation est forte, plus la mère semble posséder un savoir (et savoir-faire) à propos de la lactation induite qu'elle a développé en allant chercher de son propre chef sur Internet. Cela ne signifie pas pour autant qu'avoir connaissance de cette pratique induit systématiquement la motivation à embrasser le projet. Certaines sont restées sur l'information délivrée par une tierce personne sans effectuer de recherches supplémentaires pour approfondir le sujet. En revanche, pour d'autres, le savoir fluctue entre des connaissances basiques et des connaissances plus approfondies voire détaillées.

« C'est resté de l'ordre des informations qu'on a entendu dire, on n'est pas allée plus loin. [...] On savait que c'était une lactation induite et qu'il fallait du coup prendre un traitement mais on ne savait pas vraiment comment ça fonctionnait » (ME14)

« La seule chose que je sais c'est qu'il y a des médicaments à prendre et un système de tire lait pour habituer le sein à faire monter le lait » (ME01)

« J'ai déjà entendu parler le fait de prendre des hormones et le DAL pour stimuler la lactation mais sur des hommes qui voulaient aussi essayer d'allaiter » (ME11)

« J'ai fait pas mal de recherches. [...] Je sais qu'il faut stimuler longtemps à l'avance. Après il y a différentes méthodes : expression manuelle, tire lait... Sur le forum il y avait une discussion sur le fait que le Motilium[®] aidait à déclencher la lactation. Après il y avait des discussions sur toutes les méthodes naturelles, notamment à base de plantes » (ME13)

« Il y a des hormones. D'après la LLF il fallait tirer son lait 10-12 fois par jour dont deux fois la nuit. La posologie pour le Motilium[®] qui est prescrite est normalement de trois par jour pour les nausées mais dans l'indication de l'allaitement il fallait en prendre beaucoup plus, de l'ordre de six à huit par jour » (ME12)

Cette variété des savoirs associés à la lactation induite conduit à la création de catégories d'analyse fondées sur la connaissance qu'en ont les mères sociales. Ces catégories tiennent également compte du lien existant entre connaissance et choix de pratiquer ou non.

2. Pratiques et représentations de la lactation induite chez les mères sociales

2.1. Cas 1 : La mère sociale ne connaît pas la lactation induite

Sur les 15 mères interrogées, quatre ne connaissent pas la lactation induite et affirment ne jamais en avoir entendu parler.

2.1.1. Le désir d'allaitement

Lorsqu'on évoque le désir d'allaitement, la plupart des mères sociales interrogées signale qu'elles ne se sont pas posé la question de leur participation et d'un possible rôle à jouer dans l'alimentation du bébé. L'argument avancé pour étayer cette réflexion c'est que ce désir est la prérogative de celle qui porte l'enfant : *« J'avais le désir d'avoir des enfants mais pas de les porter et pour moi l'allaitement vient avec, c'est lié » (ME03).*

Dans ce groupe, un cas particulier nous a permis de mieux cerner la différence entre désir d'allaiter et désir de mettre au sein dans la pratique de la lactation induite. Une mère sociale parmi celles qui disaient ne pas connaître la lactation induite a effectué la démarche de mettre sa fille au sein lors d'un peau à peau. Pour elle, l'allaitement est une évidence : *« Un bébé né doit être au sein pour son bien être et pour sa santé » (ME08).* D'ailleurs, elle a encouragé et soutenu sa compagne dans ce choix. Incertaine de pouvoir un jour être enceinte, ce moment lui est apparu comme l'occasion de découvrir personnellement non pas la sensation d'allaiter mais celle de mettre au sein : *« Je suis très curieuse au niveau des sensations. [...] J'étais torse nu et je voulais essayer la succion, voir la sensation ! Après j'ai arrêté parce que bon la pauvre elle tétait pour rien, [...] mais ça ne m'a pas dérangé » (ME08).* La mise au sein peut se faire de manière spontanée sans que, pour autant, la mère sociale ne détienne un savoir sur cette pratique. Cette situation laisse apparaître une pratique de mise au sein dite hédoniste.

2.1.2. Prise de connaissance de la pratique de la lactation induite

« Si je vous dis les mots « lactation induite » : cela vous parle ? ». Cette question posée n'évoque rien aux mères sociales, à l'exception d'une qui prend le temps de réfléchir, supposant que *« c'est de prendre un traitement pour déclencher la lactation » (ME03).*

Aucune d'entre elle ne pensait qu'il est possible que la mère qui n'a pas été enceinte puisse allaiter, jusqu'à ce que nous leur présentons ce qu'est la lactation induite et les moyens utilisés pour parvenir à une production lactée. Durant la pause faite après les explications données pour qu'elles intègrent l'information, nous sommes restés attentive aux expressions indirectes des mères : attitudes, intonations, et expressions faciales. Leurs visages laissaient paraître la surprise ou encore l'ébauche d'un sourire. Cependant, le timbre de voix, la ponctuation, la négation laissaient sous-entendre le scepticisme de certaines : « *et ben non, justement c'est un peu pour ça que j'ai du mal à répondre. J'ai du mal à me projeter...* » (ME03).

2.1.3. Un possible projet pour l'avenir ?

« *Et dans le futur : pourriez-vous l'envisager pour un prochain enfant ?* » Cette question a été posée afin de savoir si, une fois informées, les mères sociales induiraient la lactation pour un prochain enfant. Elle s'appuie sur des projections, ce qui peut représenter un biais dans l'orientation positive ou négative donnée à la réponse. Mais elle donne un accès rapide aux représentations, c'est-à-dire à l'idée que l'on se fait à propos de cette pratique immédiatement après l'acquisition de l'information. Ce qui signifie que la réponse pourrait évoluer dans le temps. La majorité d'entre ces mères, primipares sans expériences d'allaitements, exprime ne pas avoir eu un désir d'allaitement lors de la naissance du premier enfant ce qui les conforte dans l'idée de ne pas envisager cette possibilité dans le futur. Différentes raisons sont avancées : le fait que ce serait contre nature, malsain, qu'il n'y a pas suffisamment de recul sur l'impact de l'utilisation des médicaments sur la santé, que c'est le rôle de la mère de naissance d'allaiter et que c'est exclusif : « *Je l'ai laissé l'allaiter donc j'aimerais qu'elle me laisse allaiter* » (ME05), qu'il faut que la lactation induite cible les personnes qui se sentent l'esprit maternel : « *je ne me suis jamais sentie une femme. Donc être enceinte et allaiter ça va de paire avec la femme* » (ME10). Nombreuses de ces remarques sont fondées sur l'image du modèle hétéronormatif où seul le parent qui accouche – la femme – allaite, au risque d'être déviant si cela se passe autrement. Bien qu'elles ne soient pas personnellement pour l'idée d'induire une lactation, elles n'expriment aucun jugement négatif face au fait que d'autres mères induisent leur lactation.

Une mère sur les cinq a cependant répondu que le fait d'avoir cette information désormais, pourrait engendrer un nouveau positionnement dans l'allaitement d'un prochain enfant : « *je pourrai peut être l'envisager autrement effectivement* » (ME03).

2.2. Cas 2 : La mère sociale connaît la lactation induite

2.2.1. La mère n'a pas induit la lactation

2.2.1.1. Le désir d'allaitement

Parmi les 11 mères qui connaissent ce procédé, huit n'ont pas allaité pour autant l'enfant mis au monde par leur compagne. L'une d'entre elle avoue qu'elle l'aurait pourtant fait si elle en avait eu connaissance avant la venue au monde de l'enfant. Dans ce cas, le désir d'allaitement arrive à posteriori et laisse la place au regret : « *effectivement ça avait été dommage que je ne puisse pas le faire [...] Je l'ai su bien après avoir eu ma fille et c'était trop tard.* » (ME07). Cette mère sociale en particulier a connu l'allaitement lorsqu'elle a accouché de sa première fille et considère qu'il est un moment de « *symbiose* » important.

« *J'allaitais encore pendant que ma compagne était enceinte et il y a eu un moment où on s'est dit que si je continuais comme ça je pourrais peut-être allaiter le deuxième aussi. On l'avait évoqué comme ça dans la plaisanterie* » (ME09)

« *J'ai donné le sein pour la calmer en me disant peut être qu'elle va téter et que ça va la calmer. Mais j'ai eu super mal et je n'ai jamais recommencé* » (ME13)

Ce dernier extrait d'entretien révèle une nouvelle forme de mise au sein qui se présente non sous la forme d'une pratique nourricière mais plutôt d'une pratique de soin à l'enfant.

2.2.1.2. Découverte de la lactation induite : les réactions des mères sociales

La découverte de la lactation induite a eu un impact important sur ces femmes, ces dernières m'ayant fait part des souvenirs de leurs premières impressions. Selon ce qu'elles en narrent, les réactions à chaud ont oscillé entre deux extrêmes, allant du refus catégorique – « *j'ai tout de suite stoppé ma compagne et je lui ai dit « non » (rire). Je n'étais pas du tout pour et même si elle ne pouvait pas allaiter je n'aurais pas fait cette démarche non plus* » (ME01), « *pour moi c'était non. J'étais à dix mille lieux d'y penser !* » (ME04) – à l'enthousiasme – « *C'est énorme !* » (ME09), « *je me suis dit que c'était chouette que ça existe* » (ME14).

Si les réactions relèvent toutes de la surprise, les sentiments qui découlent de cet effet sont divers et se prolongent dans des choix différents. Certaines remarques rapportées qualifient le projet de « *bizarre* » (ME04, ME06, ME11) et laissent paraître un sentiment de

malaise : « *ça peut me déranger. Ça me gêne un peu* » (ME06). D'autres réactions se sont traduites par un effet d'étonnement, voire d'amusement : « *je l'ai regardé avec des yeux énormes « ah bon ? »* » (ME07), ou encore « *tiens ça pourrait être marrant si on pouvait allaiter toutes les deux !* » (ME11). Certaines femmes ont exprimé un sentiment d'ambivalence. Plutôt réticentes dans un premier temps, elles se sont montrées curieuses et intéressées : « *j'étais intriguée au début, je n'étais pas trop partante. Après y avoir réfléchi je me suis dit pourquoi pas, ça peut être chouette* » (ME13). Parfois, il arrive que ce soit la compagne de la mère sociale qui soit plus emballée : « *elle s'est posée la question me concernant. C'est elle-même qui s'est renseignée en se disant que ce serait peut-être bien* » (ME01), sa compagne rajoutant : « *pourquoi pas ! Ca peut être cool ! [...] Après je n'ai pas plus chiné que ça car de toute manière ma compagne ne voulait pas. Je voyais juste ça en plus, un petit plus* » (compagne de la mère sociale ME01).

2.2.1.3. Les raisons du refus de la lactation induite

Ces mères ont toute découvert cette pratique pendant leur grossesse sauf une, pour qui l'information est venue bien après que sa compagne ait accouché. Il était donc trop tard. D'autres raisons expliquent le refus de ces mères sociales à allaiter.

La cause de refus la plus fréquente insiste sur l'aspect non « naturel » du procédé de lactation induite, plus particulièrement le fait qu'il est chimiquement assisté. Ces mères ont un savoir plutôt développé au sujet de cette pratique étant donné qu'elles maîtrisent l'information sur la mise en place de la lactation. C'est parce qu'elles savent comment cela fonctionne qu'elles éprouvent une réticence quant à l'usage des médicaments fondée sur le fait que, selon elles, cela pourrait entraîner des « *risques* » ou altérer la « *qualité du lait* », qualifié d'« *autre lait* » (ME01).

« *Ca me ferait peur de prendre des médicaments sachant qu'avec la PMA on a eu des stimulations donc en prendre encore pour une lactation ça me donne pas trop envie* » (ME11)

« *Les médicaments me dérangent, c'est en partie pour ça que je ne l'ai pas fait et si ça avait été naturel avec des plantes je l'aurais peut-être fait* » (ME13)

« *C'est vrai que le fait que ce ne soit pas naturel, ça nous a peut-être arrêté aussi dans nos démarches* » (ME14)

En outre, le choix de certaines mamans de ne pas pratiquer la lactation induite est influencé par l'idée qu'elles se font de la manière dont la société peut juger leur situation (homosexualité, homoparentalité). Le refus ou le renoncement à la pratique de la lactation induite sont donc fortement liés à l'incorporation des normes sociales et au poids du regard social qui conçoit la marginalité sociale de la vie conjugale et de la vie familiale chez les homosexuels.

« J'avais peur que dans notre maternité un peu fermée il soit fermé à ça » (ME13)

« Je pense que le fait qu'on soit deux mamans et qu'en plus on allaite toutes les deux ça m'aurait questionné de comment on aurait pu aborder le sujet avec notre entourage. [...] Je pense qu'on n'aurait pas été trop prises au sérieux ou du moins j'aurais eu cette inquiétude-là [...] Je me demande comment les autres le perçoivent de l'extérieur » (ME14)

« Déjà avoir un enfant dans un couple homo ce n'est pas toujours évident donc le regard de l'autre doit impacter sur le fait que ce soit la maman qui n'a pas porté qui allaite » (ME07)

Les deux mères ayant exprimé leur refus catégorique d'induire la lactation ont des similitudes dans leurs histoires et considèrent communément cette pratique comme « malsaine » (ME01, ME04) sans trop arriver à expliquer pourquoi. Ces couples ont en commun le fait que le désir d'enfant et celui de le porter étaient essentiellement ceux de la mère de naissance. Les mères sociales disent s'être « greffée[s] » (ME01) au projet de leur compagne. Cela pourrait expliquer en partie qu'elles ne se projetaient pas dans l'allaitement.

« Je me suis greffée au projet de mon amie ; je suis arrivée au tout début de son projet. [...] Je l'ai accompagnée avec grand plaisir. [...] Et puis maintenant je prends ce projet à part entière » (ME01)

« Le désir d'enfant venait d'elle et je l'ai suivi [...]. Je comprends mieux dans le cadre d'une adoption parce qu'on n'est pas dans le cas de figure d'un couple où le désir était présent pour toutes les deux » (ME04).

Une autre raison évoquée à plusieurs reprises par les mères sociales pour expliquer leur refus d'allaiter est la peur de « prendre la place » (ME07) de la mère de naissance ou encore de lui « voler son bébé » (ME04). Induire une lactation demande au préalable une discussion au sein du couple en amont de la naissance voire avant la grossesse pour concevoir

une vision commune de la famille et définir le rôle et le positionnement de chacune par rapport à l'enfant.

« C'est quelque chose que je n'aurais pas souhaité. [...] Ca m'aurait dérangé dans le sens où c'est bien moi la maman » (compagne de la mère sociale ME04).

« Je pense que c'est aussi une question de discussion entre les deux parties, à savoir quel pourcentage chacune le fait et puis avec l'expérience pouvoir modifier ça... Il faut que les questions se posent dès le départ » (ME09)

Enfin, les mères sociales évoquent d'autres raisons pour expliquer leur refus d'allaiter :

- L'argument essentialiste (idéologie naturaliste) : 1) l'allaitement est une fonction associée au féminin : *« L'allaitement pour moi représente le côté maternel et très féminin. Je suis androgyne et c'est plus le côté féminin qui me dérangerait dans cette relation où je ne serai pas à l'aise » (ME01)* ; 2) la personne qui allaite doit avoir porté l'enfant : *« L'enfant n'a sûrement pas le même rapport. [...] Pour moi c'est comme ça, c'est la maman qui a porté qui doit allaiter. [...] C'est bête mais pour moi il n'y a qu'une maman : la maman de sang » (ME06)* ; *« Dans ma représentation un bébé a une mère, [...] la mère biologique, et je trouve perturbant pour l'enfant d'avoir deux seins » (ME01)*. Ce double argument est associé à la vision naturalisante du sexe et du genre propre à notre société dans laquelle le genre doit correspondre au sexe (Mathieu, 1989). Plus largement encore, cet argument renvoie à la notion de déterminisme biologique (Mathieu, 1973) où, comme l'explique Guillaumin (1992), la perpétuation de l'espèce est portée par les femmes (reproduction, élevage des enfants, soin de la nourriture).
- L'argument féministe prime dans la vision de l'allaitement maternel qui pourrait *« asservir la femme à son rôle de mère et lui enlever un peu de liberté » (ME11)* et *« abîmer son corps par la douleur et la déformation des seins » (ME11)*.
- C'est une pratique contraignante et difficile demandant un investissement important de sa personne : *« J'ai vu que c'était compliqué de lancer un allaitement même si ce n'est pas pour nourrir à temps plein. [...] J'ai renoncé parce que j'ai trouvé que c'était trop contraignant pour le bénéfice que j'en tirerai » (ME13)* ; *« Quand notre fils est né, j'avais déjà arrêté d'allaiter notre première depuis quatre mois. Je crois que j'arrivais au bout de mon allaitement maternel personnel » (ME09)*.

- La lactation induite serait à privilégier seulement si le bébé a un problème de santé : *« Je l'aurais fait sans aucun problème dans un cas extrême si le bébé avait eu un gros problème ou s'il était très prématuré et que ma compagne n'ait pas de lait » (ME04)*

2.2.1.4. Le partage d'information à propos de la lactation induite

Généralement, les couples qui connaissent la lactation induite mais qui ne la pratiquent pas ont partagé le sujet avec leur entourage amical (couples lesbiens, amis), avec des connaissances ou des familles via un forum. Parfois, on en parle seulement au sein du couple. En revanche, les membres de la famille et les collègues de travail ne sont pas des interlocuteurs.

« Déjà que ma famille trouvait qu'on berçait trop nos enfants, [...] qu'on les élevait d'une façon qui n'était pas très acceptée, je pense que si on leur avait dit qu'on les allaitait toutes les deux on les aurait perdus complètement et ça aurait posé questions » (ME14)

Les interlocuteurs ignorent l'existence de cette pratique. Ils ont systématiquement marqué la surprise. Il est à noter la gêne de certaines mères sociales dans le moment de la discussion : *« C'est plus moi qui était gênée quand ma compagne en parlait et eux non ils en parlaient ouvertement. Mais moi tout de suite j'avais besoin de me justifier en me disant que pour moi ce n'était pas possible » (ME01)*. Tandis qu'au cours de certaines discussions, l'existence de cette pratique a pu être évoquée *« en rigolant » (ME04)* ou *« en boutade » (ME01)*, de façon succincte par manque d'information ou par opposition ferme de la mère sociale à la lactation induite.

2.2.1.5. Un possible projet pour l'avenir ?

La plupart des mères sociales de ce groupe ne souhaiteraient pas induire une lactation pour un prochain enfant. Elles avancent essentiellement des arguments féministes ou naturels (rejet des médicaments). A l'inverse, d'autres, qui ont eu une expérience antérieure d'allaitement, envisagent d'induire une lactation dans l'éventualité d'un prochain enfant. L'argument avancé est parfois hédoniste : *« je lui ai donné le biberon mais ce n'est pas pareil, [...] il manque quelque chose [...] retrouver ces moments de plaisir que j'avais eu*

avec ma fille qui me manquent aujourd'hui avec mon fils. C'est plus dans le plaisir que dans le besoin » (ME07). Si par le passé certaines mères sociales ayant connaissance de la lactation induite ont eu l'opportunité de la pratiquer mais ne l'ont pas fait pour les raisons évoquées plus avant, elles seraient prêtes à l'envisager aujourd'hui.

« Ma compagne a eu un enfant, j'en ai eu un, on a toutes les deux allaité chacune notre tour. Dans l'imaginaire où on aurait un troisième enfant se serait quelque chose de global. Je m'imagine très bien faire ça, sans problème » (ME09)

« On ferait un troisième enfant aujourd'hui, je pense que la question se poserait différemment » (ME14)

L'évolution de leur position est concomitante de l'évolution de la représentation même de la lactation induite et de celle de la parentalité lesbienne. C'est parce qu'elles sont mieux équipées, davantage informées à propos de la lactation induite, qu'elles pourraient éventuellement la pratiquer.

2.2.2. La mère sociale a opté pour la lactation induite

Nous nous sommes centrée sur les témoignages des deux mères sociales qui ont tenté d'induire la lactation pour mettre en avant le sens qu'elles donnent à leur expérience et rendre compte de la réflexion qu'elles ont menée pour prendre cette décision hors du cadre parental classique, autrement dit normatif. Les deux mères interrogées ont opté pour deux manières différentes de mettre en place la lactation induite, chacune adaptée à un objectif singulier : la ME12 a privilégié le protocole médicamenteux du Dr Jack Newman, la ME02, la méthode non pharmacologique. Au départ, aucune d'entre elles ne s'était investie psychologiquement dans l'optique que le protocole fonctionne par risque d'être finalement déçue du résultat et elles ont toutes les deux vécues des expériences différentes.

2.2.2.1. Découverte de la lactation induite et prise de décision

Aucune des deux mères interrogées n'a songé à mettre le bébé au sein avant d'avoir été informée de l'existence de la lactation induite. C'est vers le 5^{ème} mois de grossesse qu'a été évoqué le projet d'allaitement pour les deux couples : une rencontre « *complètement hasardeuse* » (ME02) ou la gémellité ont été l'évènement déclencheur de la réflexion.

« C'était vraiment le fait que deux bébés arrivent en même temps et qu'on ait effectivement l'expérience chacune d'allaitement qui a fait qu'on s'est posé cette

question-là. Ma compagne savait que c'était possible d'en allaiter deux à la fois même si c'était plus compliqué. » (ME12)

« On est parti en week-end avec ma compagne et j'ai rencontré une jeune fille dans un sauna. [...] En discutant elle me demande si ma compagne va l'allaiter et s'adresse à moi : « Et vous, vous allez l'allaiter ? ». Je la regarde étonnée et lui réponds « Ben non ». Elle me dit alors qu'elle a des amies qui ont eu un enfant et que les deux avaient allaité » (ME02)

Avant même de s'intéresser à la lactation induite, le peu d'informations que le couple 12 détenait leur a laissé une première approche péjorative, qualifiant cette pratique de « *presque incongrue* ». Mais c'est suite à une discussion et après avoir effectué des recherches que la décision a été prise d'un commun accord, même si la mère sociale doutait de la réussite du projet et préférait ne pas s'investir psychologiquement par risque d'être finalement déçue du résultat. Ce projet d'induire la lactation avait pour but l'allaitement exclusif sur le temps long par les deux mères. Les arguments « *logistique* » et « *économique* » (ME12) priment sur l'aspect relationnel. Pour la ME12, l'objectif était de « *soulager* » sa compagne, de l'aider et de la soutenir pour alléger la pression de l'allaitement.

« Je pourrais être une aide pour qu'elle ne soit pas toute seule à allaiter. Elle tenait vraiment à allaiter exclusivement les premiers mois et la combinaison idéale était qu'elle allaite un maximum et que je complète [...] Et puis j'ai toujours dit et été au clair avec ça que je n'avais pas besoin d'allaiter mes enfants pour créer le lien et du coup ce n'était pas l'idée de départ de forcer un lien avec mes filles par la lactation induite » (ME12).

Quant à l'autre couple, notons avant tout les particularités de leur grossesse : il s'agissait originellement d'une grossesse gémellaire, la mère de naissance a porté l'ovule de sa compagne et par conséquent, la mère sociale peut également être considérée comme la mère biologique. Mais à la fin du premier trimestre, le couple a dû faire face à une interruption médicale d'un des jumeaux en raison d'une anomalie de pronostic sévère. Par la suite, ces mères avaient initialement choisi de faire un allaitement partagé mais mixte. L'idée de lancer une lactation venait de la mère sociale qui trouvait cette possibilité « *géniale* » car allaiter a toujours été l'un de ses désirs. Contrairement au couple précédent qui voyait essentiellement le côté nourricier de la lactation induite, l'objectif de celui-ci était, selon la mère sociale, de vivre ce lien particulier que crée la relation d'allaitement, ce contact « *charnel et animal* » (ME02).

Quant à sa compagne, elle ne souhaitait pas mettre au sein. Elle n'apprécie pas ce côté « animal » et trouve que l'allaitement reste encore un sujet tabou. Cependant elle n'a pas montré de réticence au fait que sa compagne induise une lactation. Au contraire, elle en parle avec humour : « *Je trouve qu'il y a une partie barjo qu'elle veuille allaiter, car c'était comme si le père allaitait* » (compagne de la mère sociale ME02). Encore une fois, il nous est donné de voir le poids du cadre hétéronormatif dans lequel se joue la parentalité lesbienne et, nous concernant, sur la question de l'allaitement chez les couples de femmes. Nous relevons une démarche active du couple 02 dans les recherches et dans la mise en place de cette pratique, en allant chercher de l'information auprès de leur médecin généraliste – qui avait elle-même également tenté d'induire naturellement une lactation – et de leur gynécologue.

Il est également à noter le lien fort entre la découverte de la lactation induite, plus encore le développement des connaissances à propos de cette pratique, et la prise de décision. L'information est donc centrale dans le choix de mettre en place ce projet d'allaitement.

2.2.2.2. Rôle et place de l'entourage familial et social

Dans les deux cas, aucune des mères n'a éprouvé de gêne d'en parler à ses parents, ses amis proches et aux professionnels de santé qui les ont suivies : « *nous avons voulu en parler dans notre entourage pour que ça paraisse normal* » (ME02).

La plupart des interlocuteurs et des témoins de cette forme de mise au sein ignoraient que c'était possible et leurs réactions ont véhiculé diverses émotions. Certaines ont montré de l'enthousiasme : « *c'est chouette !* » ; « *c'est super, vous pouvez partager le job* » (ME12). D'autres ont exprimé de l'étonnement et de la curiosité ou encore du scepticisme à propos de la réussite du projet : « *oui pourquoi pas* » ; « *Ne pas être enceinte et avoir du lait, est-ce possible ? Tu me dis que oui mais j'attends de voir...* » (ME02). Même si dans les deux cas il n'y pas eu de rejet de la part de l'entourage social, le poids de la norme est visible dans les remarques que les mères ont entendues et qu'elles nous rapportent : « *vous faites des trucs chelou, vous faites toujours n'importe quoi. Ça pourrait être simple avec vous, faut toujours que ce soit les ovules d'une, l'autre qui allaite, celle qui devrait n'allaiter pas* » (ME02). Face à ces propos mais aussi au manque de soutien franc pour leur projet, les mères sociales nous expliquent qu'elles ne se sont pas découragées.

Aucun des deux couples n'a, dans son entourage social, de relation connaissant, pratiquant ou ayant tenté la lactation induite qui aurait pu les conseiller et les guider dans leur projet. Au contraire, ce sont elles qui en sont devenues les médiatrices auprès de leur entourage social. Nous reviendrons sur cette question plus loin. Aucun non plus ne signale avoir reçu ou être allées chercher de l'aide ou de l'information auprès de structures dédiées au soutien et à l'accompagnement de la parentalité lesbienne.

2.2.2.3. Mise en place de la lactation induite

Couple 12 :

La ME12 s'est inspirée du protocole médicamenteux proposé par le Dr Newman. Le trouvant « *extrême* » (stimuler le sein dix à douze fois par jour) et « *contraignant* » (incompatible avec son travail et les tâches maternelles) et ne souhaitant pas prendre d'hormones, elle a choisi de l'adapter, créant ainsi une pratique hybride entre l'idée qu'elle se faisait de l'allaitement et le protocole du Dr Newman : « *il était hors de question que je prenne des hormones, je ne voyais pas l'intérêt de se gaver d'hormones. Je voulais que ça reste naturel d'une certaine façon* ».

Tout s'est déroulé dans le cadre privé, sans intervention du corps médical impliqué dans le suivi de grossesse. Cependant, il faut souligner le rôle majeur de la mère de naissance dans la mise en place de la lactation induite. Etant sage-femme, c'est elle qui a prescrit à sa compagne le tire-lait électrique et le Motilium[®]. Son épouse a donc commencé à prendre du Motilium[®] (4 comprimés de 10 milligrammes par jour pendant une semaine puis 8 comprimés de 10 milligrammes par jour) en l'association à une stimulation des seins avec le tire-lait (4 à 5 sessions par jour environ dix à quinze minutes chaque sein) six semaines avant le terme prévu.

Se disant « *cartésienne à l'esprit scientifique* », elle a réalisé un tableau Excel compilant toutes les données afférentes au déroulement du projet, de sa mise en route jusqu'à la naissance de l'enfant. Malgré la modification du protocole, elle obtient les premières gouttes de lait une semaine après avoir commencé, soit au 7^{ème} jour, ce qui concorde avec la description du Dr Newman. Au 10^{ème} jour, la lactation semble s'être mise en place puisqu'elle tirait 10 ml de lait par jour. Sa production s'est accrue quotidiennement jusqu'à atteindre 100 ml au 24^{ème} jour, jour à partir duquel ont débuté des écoulements nocturnes spontanés. Le maximum de sa production atteint 160 ml par jour au 36^{ème} jour après la mise en place du protocole. Toutefois, il est difficile de comparer les résultats avec ceux d'une étude publiée

dans le *Journal of Human Lactation* (Wilson et al, 2014) sur le taux lacté de protéines après induction d'une lactation. Cette difficulté s'explique par la divergence du protocole suivi, mais aussi par le fait que nous n'avons pas les mêmes dates de relevé.

Une première mise au sein, « *tétée d'accueil* » (ME12), a pu être réalisée directement après l'accouchement en salle de naissance. Aucun professionnel sur le séjour en maternité ne connaissait la lactation induite ni n'en avait entendu parler. Le couple 12, dont la mère de naissance venait d'accoucher dans le service dans lequel elle travaille, était le premier cas que les personnels rencontraient. Ce qui semble avoir déclenché un intérêt particulier pour le procédé suivi par la mère sociale, c'est à la fois cette méconnaissance de la lactation induite mais aussi la proximité et la familiarité existant entre les soignants et la parturiente. C'est ce climat de confiance qui leur a permis de parler librement de leur projet, d'être des informatrices privilégiées pour l'équipe soignante : « *je voulais surtout partager cette information et j'avais plus l'impression que c'était nous qui informions les professionnels* » (ME12).

Ce couple est venu avec son projet déjà en place. A aucun moment, les mères n'ont sollicité les professionnels constatant qu'elles étaient elles-mêmes les mieux informées. La spécificité de ce cas de lactation induite réside dans le choix concerté de privilégier au départ la mise au sein par la mère de naissance, le lait de la mère sociale – le plus souvent tiré – venant « *en soutien et en bonus* » à l'allaitement de son épouse : « *j'ai fait une première mise au sein mais on ne voulait pas trop brouiller les pistes pour les filles [...], on ne voulait pas brouiller les cartes pour mon épouse qui devait réussir à lancer une lactation pour deux bébés [...], pour ne pas prendre la place de l'allaitement de ma compagne* ». Puis elle a pris de plus en plus de place dans l'allaitement des jumeaux, en particulier la nuit puis lors de son congé parental lorsque ses enfants ont eu 3 mois. Au moment de la diversification alimentaire, concomitante de la reprise du travail, les tétées se sont espacées mais elle a continué à tirer son lait pour qu'il soit donné aux enfants à la crèche mais aussi pour maintenir sa lactation. Elle estimait alors qu'elles allaient « *exclusivement chacune l'équivalent d'un bébé* ».

Les deux mères ont allaité pendant huit mois leurs jumelles en alternant les tétées mais aussi les enfants : « *un jour on s'est dit stop toutes les deux, puis je n'avais plus de comprimés de Motilium[®] et on avait beaucoup de lait au congélateur* ». La mère sociale estime avoir participé au quart de l'allaitement des enfants justifiant que cela a « *probablement permis d'allaiter les filles sur la durée* ».

Dans son témoignage, elle évoque les contraintes auxquelles elle a dû faire face concernant l'allaitement mais qui, généralement, sont les mêmes que celles rencontrées par toutes les mères allaitant au sein. Les contraintes spécifiques à la lactation induite ne

concernent pas l'allaitement en soi mais la période de mise en place de la lactation. Il s'agit non seulement de se soumettre à la prise de médicaments, d'élaborer des stratégies d'approvisionnement mais aussi de s'organiser face à la nécessité au quotidien de stimuler à plusieurs reprises ses seins (massages, tire-lait), par exemple dans le cadre du travail : *« lorsque je travaillais, je tirais mon lait une fois en journée à ma pause déjeuner. Comme je n'avais pas forcément de lieu pour le faire et que je n'en avais pas parlé à mon travail, je prenais le tire-lait manuel et j'allais dans ma voiture sur un parking. Je stockais mon lait dans un petit pot opaque, style pot de café, que je mettais au frigo du boulot, et comme ça on ne voyait pas que c'était du lait maternel. C'était plus folklorique qu'autre chose ! »*. Cette situation dévoile des stratégies d'invisibilisation élaborées par la ME12. Elle choisit de se mettre à l'abri des regards et de cacher son lait à ses collègues. Ce choix d'invisibilisation est lié à la volonté d'éviter le jugement. Elle évite ainsi que l'expérience qu'elle vit soit considérée comme étant hors norme : une femme lesbienne, future mère sociale, qui prépare un allaitement. A cela s'ajoute la pression sociale régnant sur toutes les femmes allaitantes dans le cadre du travail. Ce processus d'invisibilisation se poursuit après l'accouchement, et concerne alors l'allaitement. En effet, ME12 rapporte que jusqu'à l'accouchement elle a privilégié la discrétion et la pudeur en public, négociant avec le regard social et la norme sa place de mère nourricière au second rang : *« de prime abord ce n'était pas moi qui donnait le sein quand on était en public. C'était plus entre nous, la nuit en particulier. »* Contrairement à ce que l'on pourrait envisager de prime abord, nous sommes là face à un choix individuel sous influence sociale : *« Je n'avais pas envie que ce soit un gros sujet dans le sens où je ne le faisais pas pour frimer. C'était personnel, intime, je ne m'en suis pas caché ni menti mais on n'a pas affiché notre projet devant tout le monde. Je voulais plus que ce soit clair pour tout le monde, que c'était ma compagne qui allaitait et que je voulais que les gens gardent un certain crédible pour l'allaitement qu'elle a mis en place car c'était compliqué »*. Même si le rôle de chacune dans l'allaitement des jumelles est concerté, il n'en reste pas moins que les normes sociales hétérosexuelles s'appliquent dans le choix qui est fait de laisser la visibilité de l'allaitement en public à la seule mère de naissance, reléguant la mère sociale allaitante à un rôle de « ni père-ni mère ». Seul le cadre familial procurait suffisamment de confiance pour qu'elle reprenne son rôle de mère allaitante.

ME12 était traversée par divers sentiments, allant d'une impression d'ingratitude à tirer son lait sans présence du nouveau-né à une certaine autosatisfaction d'avoir réussi à lancer une lactation et était au final contente d'avoir partagé ce lien avec ses enfants bien que ce n'était pas sa priorité de départ. Le fait d'avoir vécu une expérience antérieure

d'allaitement de neuf mois l'a sans doute poussé dans ce choix et l'a aidé physiologiquement et psychologiquement dans la réussite de l'induction d'une lactation : *« le fait de lancer une lactation après avoir allaité c'est plus facile. Je ne suis pas du tout sur que ça aurait marché aussi bien si je n'avais pas allaité. Ça à aussi joué dans le sens où j'avais une expérience positive de l'allaitement ».*

« Je pense que je ne l'aurai jamais fait si je n'avais pas allaité avant car je trouvais la lactation induite ingrat au début, [...], c'est quand même particulier de tirer son lait [...] et pour un premier enfant ça ne me serai pas du tout venu à l'idée » ;

« Ce n'est pas le lien bébé-maman fusionnel : « chouette j'allaité mon enfant ! ». Si je n'avais jamais allaité j'aurai eu du mal à utiliser un tire-lait électrique » (ME12)

L'expérience d'allaitement de cette mère constitue le savoir à partir duquel elle a pu se confronter à la lactation induite et à ses situations particulières, à anticiper et trouver des solutions.

Couple 02 :

La mère 02, désireuse d'allaiter, a quant à elle rencontré des difficultés à trouver conseil auprès de professionnels de santé. Seule une consultante en lactation, recommandée par la sage-femme libérale qui les suivait, a pu les renseigner car elle connaissait des pratiques de mises au sein autres que l'allaitement par la mère de naissance. Outre les conseils habituels sur l'allaitement, cette professionnelle a partagé un savoir d'expérience vécue dans son pays d'origine en Afrique sub-saharienne : *« la grand-mère peut mettre au sein le nouveau-né quand la mère est absente, tout en sachant bien qu'il n'y a pas de lait. Et ça ne choque personne ! ».* Afin d'optimiser la prise en charge de la mère tentant d'induire une lactation, cette spécialiste a cherché à s'informer à propos de la spécificité de cette pratique chez les couples de femmes.

La médecin généraliste du couple a refusé de prescrire à la mère sociale des hormones et de la domperidone en raison des effets secondaires potentiels : *« notre médecin généraliste m'a dit que le risque était trop important, que ma démarche était bien mais qu'elle préférerait me savoir ne pas allaiter ou essayer naturellement plutôt qu'un AVC ».* Face au refus du médecin et ne voulant prendre aucun risque après la perte d'un des deux fœtus, ME02 a opté pour une méthode plus sûre, à savoir la stimulation mammaire et l'homéopathie. Les données recueillis par ce couple permettent de souligner la difficulté d'une partie du corps médical à assumer cette prescription à des fins non thérapeutiques, alors même que cette pratique est courante dans d'autres pays, notamment au Canada. Si c'était à

refaire par contre, elle n'hésiterait pas à prendre les médicaments. Elle a consciencieusement stimulé ses seins à l'aide d'un tire-lait manuel jusqu'à la naissance mais l'induction naturelle n'a pas fonctionné : *« l'essentiel c'était que A. soit au sein sans qu'il y ait forcément de lait, même si j'avais voulu la nourrir »*. Cependant, elle garde de son expérience un souvenir heureux, en particulier celui de la première mise au sein en salle de naissance : *« c'était génial, ça s'est super bien passé ! Quand elle est née [...] j'ai fait le peau à peau et je l'ai mise au sein immédiatement. Elle a réussi à téter directement. Elle était contre moi, toute chaude entrain téter »*.

Les professionnels de santé de périnatalité de la maternité ont été informés de ce projet d'allaitement par la consultante en lactation, pour ne pas *« mettre mal à l'aise les soignants »* (consultante en lactation) et pour qu'ils ne se retrouvent pas dans une situation inconfortable et démunis : *« il fallait que les équipes soient informées [...] car ces deux mamans vont se trouver en tant que parents dans une équipe avec un projet particulier »* (consultante en lactation). Cette pratique ne les aura pas laissés indifférents et leur propos traduisent une incompréhension et une non-acceptation. Des remarques négatives et empruntées de jugement sont rapportées par le couple et montrent que les soignants s'interrogent sur le sens que prend la lactation induite et sur le caractère délétère qu'elle peut engendrer pour l'enfant : *« c'est de la maltraitance de savoir que le bébé ne va pas avoir de lait et le mettre au sein »* (propos d'un professionnel de la périnatalité rapporté par la consultante en lactation). Ce à quoi s'oppose la sage-femme spécialiste en lactation : *« mettre une tétine en plastique dans la bouche du bébé alors qu'on sait qu'il n'y a pas de lait derrière, ça ne choque personne »*. Ainsi, l'équipe soignante avait déjà des à-priori sur le projet d'allaitement hors du commun de ce couple. Ces mères étaient plongées dans un environnement dissuasif avant même la mise au monde de l'enfant. Toutefois, ce climat-là ne s'est pas ressenti en salle de naissance et les sages-femmes ont pris en compte le projet de naissance du couple. La mère sociale signale qu'elle n'a pas eu besoin de solliciter les professionnels. En revanche en maternité, le couple s'est senti *« abandonné »* et leur projet a *« mal été perçu »* : *« la seule chambre qui s'était libérée était au fond du couloir, dans un coin. Personne ne venait, à tel point qu'ils nous ont rappelé pour nous dire qu'ils avaient oubliés de faire des vaccins, de nous prescrire ça... [...] Nous n'avons eu aucun contact frontal agressif ni méprisant. Mais c'est par la négligence, l'ignorance que ça nous a perturbé »*. Seuls les soins obstétricaux et de puériculture assuraient la relation entre la mère, le nouveau-né et le professionnel : *« les soignants ne sont jamais venus nous voir pour nous demander comment elle avait tété, si j'avais besoin d'aide, comment ça se passe...jamais »*

personne à part la consultante en lactation [...]. Je pense que les soignants ont préféré ne pas venir plutôt que de venir et d'être dérangeant ».

Ayant eu « *toute la théorie pour mener un allaitement parfait* » (consultante en lactation), la ME02 ne s'est sentie à aucun moment en difficulté, ne sollicitant par conséquent pas d'aide. Jusqu'à la mise en place du DAL avec du lait artificiel, la mise au sein était brève puisqu'il s'agissait d'une tétée non nutritive, l'enfant réclamant à manger rapidement. Ce dispositif y palliait en permettant de prolonger la durée de la tétée. Ne travaillant pas à cette période, la mère sociale allaitait l'enfant au DAL uniquement le jour pour des raisons de commodité, en alternance avec sa compagne qui donnait le biberon. L'allaitement a été poursuivi durant le premier mois de vie de l'enfant jusqu'au sevrage naturel. La mise en place du DAL lors des tétées était contraignante puisque cela demandait du temps et paraissait « *peu naturel* » de prime abord. La lactation induite, même si elle a échoué, leur aura permis de partager pleinement cette grossesse particulière : « *Ce sont mes ovocytes qui ont été utilisés, ma compagne a porté notre enfant, et c'est moi qui ai allaité. La boucle était bouclée* » (ME02).

2.2.3. Cas particulier : variante du co-allaitement

La ME15 avait notion de l'existence de la lactation induite mais ne l'a pas expérimenté puisqu'elle allaitait toujours sa fille biologique quand sa compagne a mis au monde des jumeaux. Tout en poursuivant l'allaitement de sa fille, elle allaitait les jumeaux de sa compagne. Elle s'est inspirée de la pratique du co-allaitement, définie par « *la poursuite de l'allaitement d'un enfant après la naissance de l'enfant suivant* », c'est-à-dire allaiter des enfants d'âges différents au sein d'une même fratrie (DA 73, 2007). Sauf que dans le cas de cette mère sociale, les trois enfants qu'elles allaitent en même temps ne sont pas de la même fratrie. Nous assistons donc ici à une variante du co-allaitement.

2.2.3.1. Prise de décision

Cette mère a une approche de l'allaitement très idéalisée et y voit une grande part du « *maternage proximal* » : « *c'est le meilleur aliment possible pour un enfant, une relation d'apaisement, de confiance, ça construit l'estime de soi de l'enfant et crée des liens hyper forts. Pour moi c'est capital* ». Le choix de cette pratique s'est fait d'un commun accord entre les mères en amont de la naissance, tout en définissant la place de chacune : « *si j'allaitais toujours ma fille biologique au moment de la naissance des jumeaux, mon aide serait la*

bienvenue ponctuellement, notamment pour la soulager [...] mais je ne veux pas surinvestir cet allaitement ». Estimant que « *l'équilibre mère-enfant-production de lait est difficile à maintenir* », son but n'était donc pas « *d'intervenir* » et de « *déséquilibrer* » la relation à trois que vivait la mère de naissance.

Si la situation avait été différente, elle aurait seulement « *proposé le sein comme tétine* » mais elle n'aurait pas « *relancé une lactation en prenant des médicaments* » pour plusieurs raisons : 1) les jumeaux « *ont déjà une mère nourricière* », 2) induire une lactation représente pour elle « *un investissement corporel contraignant* » pour des résultats incertains : absence de production lactée ou enfants refusant le lait qu'elle aurait produit.

2.2.3.2. Déroulement du co-allaitement :

Le couple 15 s'était fixé une période de latence de deux mois durant laquelle seule la mère de naissance donnait le sein pour mettre en place son allaitement. Finalement, la ME15 a occupé un rôle précoce puisque l'un des jumeaux a eu un « *démarrage difficile* » et elle a dû l'allaiter dès la naissance pour qu'il « *apprenne à téter sur un sein plus souple, en complément des gouttes de colostrum de ma compagne* ». Cette période passée, son rôle s'est cantonné à allaiter la nuit et ponctuellement la journée : « *c'était plus de l'appoint* ». Ce n'est qu'au moment où sa fille de naissance s'est sevrée naturellement à l'âge de quatre ans que les jumeaux ont commencé à refuser le sein (correspondant à leur 9^{ème} mois de vie), la mère n'ayant quasiment plus de production lactée.

2.2.3.3. Entourage familial et social :

Ce couple en a parlé pendant la grossesse à la sage-femme qui leur faisait des séances d'haptonomie qui ignorait les pratiques de lactation induite et de co-allaitement. Les mères se sentaient « *plus compétentes* » que les professionnels de santé. Par « *peur du jugement* » des autres, c'est « *en secret* » que la mère sociale a allaité à la maternité. Une nouvelle fois, cette mère entreprend une stratégie de dissimulation pour se protéger du regard social. Comme le dit Mailfert : « *l'invisibilité est un moyen de se protéger par rapport au milieu professionnel ; la peur de la discrimination et des répercussions pousse les parents sociaux à rester dans l'ombre* » (Mailfert, 2002 : 9).

Le partage d'informations avec l'entourage familial et social s'est fait quand les jumeaux avaient deux mois, les mères se sentant alors en confiance et assumant leur choix :

« si les gens étaient capables de nous poser la question c'est qu'ils étaient capables de l'envisager ». Les réactions étaient de deux types :

- Souvent, les femmes qui avaient allaité auparavant étaient très enthousiastes : « *Mais c'est trop génial de pouvoir partager l'allaitement, j'aurai trop aimé pouvoir poser mon bébé et le filer à quelqu'un d'autre pour qu'elle l'allait* ». Cette idée de « *relais, de solidarité féminine, d'avoir un peu de répit, de ne pas être sans cesse dépendante de son bébé* » (ME15) peut expliquer la motivation de la ME15 d'avoir allaité les jumeaux de sa compagne.
- En revanche, les mères n'ayant pas allaité leurs enfants étaient surprises : « Ah bon ? Mais c'est possible ? Mais comment ? ».

3. Positionnement des mères sociales vis-à-vis de la lactation induite

La grille d'entretien comporte des questions ouvertes, invitant les mères à nous confier leur point de vue sur la lactation. Ainsi, nous avons pu mettre en évidence des représentations collectives et des positionnements partagés vis-à-vis de cette forme de mise au sein. Trois points sont particulièrement saillants : le partage familial, l'entraide et le lien d'attachement.

Dès le moment où un enfant naît et arrive dans le cocon familial (modèle hétéroparental ou homoparental), l'autre parent essaie de trouver sa place au cœur de la dyade mère-enfant qui a partagé un lien fusionnel pendant neuf mois. La notion de partage familial est importante pour qu'une harmonie se crée entre les différents protagonistes et que les deux parents soient sur un pied d'égalité et que chacun participe. D'après les vécus des mères sociales, certaines trouvent « *difficile de se sentir impliquée* » (ME09) et la lactation induite permettrait « *d'aider dans le partage global de la famille* » (ME09), de créer une « *complémentarité entre les deux parents* » (ME03) et de mettre en place « *une relation entre les deux mamans pour les mettre toutes les deux au même niveau de maternité* » (ME07) : « *c'est cette notion de partage que je trouve super dans l'allaitement, et si on arrive à le partager à trois c'est encore mieux* » (ME09).

La lactation induite peut aussi être perçue comme une entraide entre les deux mères. Cette pratique permettrait, selon elles, que la mère sociale « *prenne le relai* » (ME14) à certains moments et ainsi soulager la maman de naissance pour qu'elle puisse « *prendre du temps pour elle tout en sachant que le bébé a une autre maman pour apporter la nourriture* »

(ME01). La lactation induite serait d'une aide encore plus grande dans le cas de jumeaux : « l'une en prend un et l'autre prend le second, [...] pendant que l'une allaite, l'autre maman peut se reposer » (ME10).

Pour certaines mères sociales, la lactation induite semble être un moyen important pour créer un lien d'attachement. A posteriori, certaines mères sociales auraient aimé allaiter pour créer ce lien afin de « se sentir moins exclue » (ME10), de « partager des moments intimes avec son enfant et de développer avec lui un lien particulier » (ME10), de créer un « sentiment sécure » (ME13). La lactation induite est perçue comme un « investissement supplémentaire dans ce rôle de maman » (ME03) et ainsi la mère sociale aurait « un statut, un rôle plus important » (ME10).

« Rien ne remplacera la succion et la réassurance qu'offre un sein maternel » (ME15)

« C'est vrai que ça peut être quelque chose de fort pour la maman qui n'a pas porté car [...] ne pas avoir participé quelque part à la fabrication de ce bébé, il manque quand même quelque chose » (ME03)

« C'est difficile d'avoir un lien avec lui quand justement on ne l'allait pas. Le lien avec mon fils s'est fait plus tard, lorsqu'il commence à nous sourire, à marcher, à nous serrer dans ses bras » (ME09)

« Ça peut aider psychologiquement la maman à avoir son rapprochement. Ça peut être très important parce que ne pas avoir ce lien peut abîmer » (ME08)

Mais d'autres mères ne sont pas du même avis et soulignent l'importance de nombreux moyens pour créer un lien avec son enfant. Par ailleurs, le fait que ce soit le sein de la femme qui soit utilisé pour créer un lien est « dévalorisant » (ME11) : cela signifierait que dans un couple hétérosexuel « le papa ne pourrait jamais avoir un lien si fort qu'une maman allaitant son enfant » (ME11).

4. Transmission et mise en circulation du savoir

4.1. Partage du savoir entre les mères

Lors de notre étude, les mères sociales se sont montrées unanimes quant à faire part de leur découverte de la lactation induite : elles n'hésitent pas et n'hésiteront pas à informer d'autres couples lesbiens se lançant dans un projet d'enfant ou attendant des enfants, à informer les mères adoptives et leur entourage.

Selon les mères sociales, l'importance est de faire une information ciblée au sujet de la lactation induite : les mères concernées « *en font ce qu'elles veulent, mais au moins elles sont au courant* » (ME09). Une telle révélation peut bouleverser un projet de naissance et permettre à des mères de réaliser leur désir d'allaiter qui leur semblait irrationnel/irréalisable jusqu'à présent. Toutefois, un manque important d'information empêche les mères sociales d'expliquer la lactation induite dans les détails, laissant en suspend les questions de faisabilité et de réussite de cette pratique. Par conséquent, « *la discussion tourne vite à cours, n'allait pas très loin* » (ME14).

L'une d'entre elles a souligné qu'elle ne ferait pas de propagande car ce choix d'induire une lactation est propre à chacun en fonction du vécu et des expériences personnelles antérieures, mais qu'elle n'en parlerait seulement si le couple en face d'elle semble ouvert à l'allaitement maternel en général : « *je ne ferai pas du prosélytisme sur le sujet en le recommandant à tous les couples de femmes. Nous ça nous semblait idéal dans notre situation où on avait deux bébés qui arrivait en même temps. [...] Je ne suis pas sûre d'en parler spontanément sauf si je sens qu'une des mères souhaiterait allaiter ou qu'une trouve ça dommage que la compagne ne veuille pas le faire. Dans ce cas-là je n'hésiterai pas. L'idée est quand même d'en parler si je sens que ça peut avoir un intérêt* » (ME12).

4.2. Officialiser la transmission : besoins et attentes vis-à-vis des professionnels

Dans notre société le savoir médical possède un caractère sacré, c'est le savoir officiel, c'est-à-dire qu'il fait autorité. Celui qui détient l'expertise (le savoir) c'est l'expert (le professionnel soignant). Il est le spécialiste, le connaisseur d'un domaine particulier, son expérience fait autorité. C'est-à-dire que les soignants occupent la place de l'expert dans la relation soignant-patient. Dans cette relation, il y a un certain nombre d'attentes et de besoins des patients vis-à-vis du soignant car le savoir détenu par le soignant rassure, accompagne et met en confiance le patient. D'après les témoignages des mères sociales, nous avons relevé un besoin de celles-ci de recevoir de l'information de la part des sages-femmes à différents stades de la périnatalité. Ce n'est pas parce que la société ne parle pas de la lactation induite qu'elle n'existe pas et qu'il n'y a pas une attente des mères sociales.

« Si ça avait été connu avant, nous n'aurions pas vécu des moments que nous aurions aimé éviter à ces moment-là, même si nous n'avons pas non plus été traumatisées. On s'en est remise même si ça a mal été perçu » (ME02)

De ce que m'apprennent les mères, il existe un manque d'information à propos de la lactation induite. A aucun moment les mères n'ont été informées par le milieu médical. Cette pratique n'est jamais évoquée lors du parcours médicalisé. Rien ne circule à ce sujet ni avant la conception, ni au moment de la conception, ni pendant la grossesse, ni après l'accouchement. Même si les mères sociales ne sont pas toutes dans l'optique d'induire une lactation pour un prochain enfant, toutes auraient souhaité être bien évidemment informées pour avoir le temps d'y réfléchir, de se préparer psychologiquement et d'en discuter en couple et avec un professionnel pour qu'elles puissent faire un choix éclairé. Cela peut ouvrir des possibilités pour certains couples et il y aurait peut-être plus de mamans qui se proposeraient à ce mode d'allaitement.

« C'est vrai que si on nous en avait parlé, on se serait plus intéressé à la question » (ME06)

« Je suis sûr que si on nous en avait parlé on se serait posé la question différemment. Ça nous aurait peut-être permis de faire part de nos doutes, de nos inquiétudes et éventuellement de changer d'avis » (ME14)

« Peut être que ça aurait modifié notre vision si on avait su qu'on aurait pu allaiter toutes les deux » (ME11)

Dans les discours des mères, plusieurs moments-clés de la grossesse paraissent particulièrement pertinents pour délivrer l'information sur la lactation induite :

- Au moment de la conception, dans des cliniques à l'étranger pratiquant la PMA chez les couples homosexuels ou sur les sites de PMA, car induire une lactation demande un temps de réflexion et une prise en charge précoce.
- Lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, en particulier celui sur l'allaitement maternel, dont l'un des objectifs généraux selon la Haute Autorité de Santé est de « donner les connaissances essentielles à l'alimentation du nouveau-né et encourager l'allaitement maternel ». Mais certaines mères soulèvent le fait que ce serait trop tard pour celles qui seraient intéressées.
- A l'entretien du 4^{ème} mois en couple, dont l'un des buts est de soutenir la parentalité en orientant vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement (HAS, 2005 : 7).

- Lors des consultations de suivi de grossesse hospitalière et des visites à domicile par une sage-femme libérale.

Cela signifie qu'à plusieurs stades de la grossesse, le personnel soignant a un rôle à jouer dans la mise en circulation de l'information à propos de la lactation induite. Chaque moment clé correspond à une personne clé considérée comme « personne ressource » à propos de la lactation induite. Les interlocuteurs privilégiés à former et à informer en priorité sur l'existence de cette pratique d'allaitement seraient les sages-femmes mais aussi les gynécologues-obstétriciens et les accompagnants dans les cliniques étrangères de conception.

Les mamans se font aussi l'idée de ce que la société pense d'elles en tant que mères homosexuelles. Discriminations et stigmatisations persistent à propos de l'homosexualité. De ce fait-là, le regard social peut influencer le choix d'allaiter ou non lorsqu'on est une mère sociale mais. L'impact de la société, des normes sociales et du regard social sur la question de la lactation induite est important et c'est à nos disciplines de le prendre en compte. Ainsi, il n'existe pas de consensus autour de l'idée d'informer toutes les mères. Certaines mettent en place des stratégies d'évitement en lien avec la pression sociale qui pèse sur les homoparents :

« Il ne faut pas le balancer à tout le monde car on est dans une période où la société n'est pas prête à l'entendre du tout malheureusement. » (ME08).

« La société n'est pas prête pour ça, il y a encore trop de poids du regard de la société. C'est encore récent, surtout avec la loi du mariage pour tous. Il y a encore trop de personnes qui seraient mal à l'aise. » (ME09)

« Les gens ne sont pas forcément tous complètement ouverts à l'idée que deux femmes puissent avoir un enfant et encore moins que la conjointe qui n'a pas porté l'enfant allaite » (ME03)

Ces mères préféreraient que l'information soit délivrée dans un cadre privé (consultations, suivi à domicile, entretien du 4^{ème} mois) pour mieux préserver l'intimité du couple et palier les tabous persistants : *« c'est personnel, on est plus à l'aise » (ME04)* ; *« c'est une information intimiste qui devrait se faire au cas par cas car c'est particulier, le choix appartient à chacune » (ME03)* ; *« l'entretien du 4ème mois est un moment clé où souvent les sages-femmes reçoivent le couple et c'est parfois le seul moment de la grossesse. C'est aussi la possibilité d'ouvrir une porte à ce moment-là dans la représentation des femmes » (ME15).* D'autres, au contraire, préféreraient que l'information soit diffusée publiquement (cours de préparation à la naissance, cabinets libéraux, cliniques étrangères) pour que toutes les mères

– et pas uniquement les couples homoparentaux – soient informées. Il est nécessaire de prendre en compte le fait que certaines femmes lesbiennes enceintes ne sont pas à l’aise de parler de leur sexualité et taisent leur orientation sexuelle.

« Ca permettrait de nous inclure normalement dans la société. C’est toujours bien de parler ouvertement des couples homosexuels, qu’ils ont eux aussi besoin d’être informés » (ME11).

« Informer toutes les mères présentes qu’il existe ça sans forcément qu’il y ait de mères lesbiennes, que tout le monde soit au courant pour savoir qu’il y a telle ou telle chose qui existe car une mère peut avoir une amie ou quelqu’un de sa famille qui pourrait être concerné et qui les informerait sur cette pratique. Et des fois il y a des mères qui sont lesbiennes et qui ne le disent pas forcément et qui viennent seules aux consultations ou aux séances de préparation à la naissance » (ME10)

« Je trouve que balancer l’information publiquement aide aussi à faire avancer la société. » (ME09)

« Des fois il faut choquer pour remuer les consciences » (ME03).

Les familles homoparentales étant de plus en plus visibles (Mailfert, 2002 : 4), nous notons une volonté de visibilisation de la part de ces femmes à travers leurs propos, souhaitant *« être visibles pour rassurer le sens commun »* (Mailfert, 2002 : 5). Ainsi, le corps médical, en uniformisant les accompagnements dans la parentalité, participerait à l’amélioration du statut de ces mères. Cela permettrait aux homoparents de sortir de l’ombre et de rompre le processus d’invisibilisation dans lesquels elles s’enferment *« pour se protéger du regard des « normaux » »* (Mailfert, 2002 : 10).

4.3. Information et formation des professionnels de santé

L’information des mères passe avant tout par l’information et la formation des professionnels soignants. Pour pallier ce manque de connaissance, il conviendrait d’aborder la lactation induite, mais aussi les pratiques de mise au sein non nourricières, pendant la formation initiale des étudiants. La lactation induite pourrait être incluse dans la formation initiale, au même titre qu’est enseignée l’inhibition de la lactation. Elle pourrait également être évoquée dans les enseignements sur la contraception puisque des contraceptifs hormonaux sont utilisés dans le protocole d’induction d’une lactation.

Une fois les sages-femmes informé(e)s, elles pourront être dans la capacité d'informer les couples lesbiens attendant un enfant qu'il est faisable que la mère sociale mette l'enfant au sein sans pour autant l'allaiter. Savoir que l'acte de mise au sein est possible peut donner envie à la mère sociale de tester. A partir du moment où le professionnel soignant donnerait des informations sur les différentes pratiques de mise au sein possible chez les mères sociales, l'autorité de cette information médicale pourrait permettre de faire tomber : soit pour certaine un tabou social mis en place comme nous l'avons expliqué autour du 19^{ème} siècle avec les nourrices, soit pour d'autres de concevoir de nouvelles possibilité dans l'allaitement de leur enfant. Toutefois, il faut prendre en compte que des femmes lesbiennes dissimulent leur orientation sexuelle à leur entourage ainsi qu'aux soignants, afin d'échapper aux discriminations. Lors des consultations prénatales, qui sont par défaut hétéronormatives, la présomption hétérosexuelle des femmes conduit le professionnel à diriger une anamnèse selon un point de vue hétérosexuel, alors même que la question de l'orientation sexuelle n'est pas abordée. Ce présupposé conduit souvent à la discrétion de la patiente sur son couple et le professionnel ne peut alors pas réaliser une prise en charge adaptée et centrée sur la patiente (Bize, 2011). Comme le dit McNair (2003 : 644), favoriser l'usage de mots neutres en termes de genre tel que « partenaire », faciliterait la divulgation de l'orientation sexuelle et permettrait au soignant d'évoquer et d'explorer les représentations de l'allaitement pour le couple et, selon, d'aborder les différentes pratiques de mise au sein.

En outre, nous relevons à travers le contenu des témoignages des mères ayant tenté d'induire leurs ressentis négatifs vis-à-vis de l'accompagnement des soignants. A l'occasion de discussions autour de notre sujet de mémoire avec des sages-femmes, nous avons remarqué qu'outre l'homosexualité du couple certains professionnels semblaient réticents au regard de la lactation induite. En effet, cela semble questionner la limite entre convictions professionnelles (c'est à dire le bien être ou le bienfait physique et biologique du lait maternel ou artificiel) et convictions personnelles, socialement et culturellement orientées. Et c'est là qu'il faut arriver à faire la différence : « comment en tant que professionnel je me pose pour évacuer mes jugements personnels sur ces femmes ? ». Le professionnalisme doit être privilégié à nos propres sentiments personnels et tout parent nécessite d'être accompagné, dans le cadre de la triade car ces mères sociales sont très souvent considérées comme ni père- ni mère. La posture éthique de se demander si ce que fait la femme est bien ou mal lui appartient. Il va de pair d'adopter l'attitude la plus bienveillante possible.

Conclusion :

Pour conclure, au travers de l'analyse des entretiens des mères sociales, nous avons mis en exergue d'autres pratiques de mises au sein pratiquées par certaines mères sociales, outre la lactation induite. Notons que les couples homoparentaux féminins sont confrontés quotidiennement aux normes hétérosociales, ne facilitant ainsi pas leur projet parental. Certains couples homoparentaux préfèrent l'invisibilisation et vivre dans le non-dit : « la peur du regard des « normaux » et de l'injure homophobe les poussent à cacher leur situation familiale » (Mailfert, 2002 : 3). Dans notre échantillon, les deux motivations principales des mères sociales qui ont mis au sein l'enfant sont la gémellité et un fort désir d'allaiter. Quelque soit leurs opinions sur la lactation induite et leur expérience de maternage, les mères sociales sont unanimes quant à la nécessité d'inclure la lactation induite dans les informations délivrées par les professionnels qui suivent la grossesse : « libre aux femmes de faire ce qu'elles ont envie » (ME01) « mais au moins elles sont au courant » (ME09). Manquer d'informations peut entraîner des frustrations voire un vécu douloureux pour des couples où la mère sociale aurait pu allaiter : « il y a des femmes qui auraient une envie forte d'allaiter mais qui ne le savent pas ou qui y pensent secrètement mais se disent que ça ne se fait pas » (ME04). Ces mères peuvent en arriver à marginaliser leur envie d'allaiter ou de mettre leur enfant au sein, à se priver de certaines pratiques de maternage et ainsi à s'invisibiliser en tant que mère. Cependant, il faut bien sûr informer à propos de ce qui est possible tout en précisant qu'il y a différents buts (nourrir l'enfant, le réconforter ou pour le plaisir de la mère) et que la réussite varie selon la méthode, le moment auquel le protocole a été débuté et la motivation : « il ne faut pas non plus que la personne soit déçu car si psychologiquement elle se dit tiens c'est toi qui porte et c'est moi qui allaite et qu'au final ça ne marche pas... » (ME08). Cependant, le principal reste que les professionnels de santé participent à la mise en circulation dans le monde social d'un savoir au sujet de la lactation induite et, plus largement, des formes de pratiques de mise au sein qui existent chez les couples de femmes. Ce point semble capital à la fois pour la prise en compte et la diffusion de pratiques de maternage existantes mais aussi pour l'amélioration des prises en charge et la normalisation de la place et du rôle de mère sociale.

Conclusion

◆ · - ◆

Ce mémoire, construit à partir d'un cas clinique bien précis, illustre une approche anthropologique à visée médicale de la lactation induite chez les mères sociales. Outre l'aspect biologique de la lactation induite, ce travail est consacré à la compréhension des logiques sociales et culturelles qui la régissent et plus largement les pratiques de mise au sein chez les mères sociales des couples homoparentaux. Il apporte une perspective originale sur la thématique de l'allaitement. Cette originalité tient au fait qu'une telle étude est inédite. En effet, si la lactation induite est connue chez les femmes adoptantes, cette pratique n'est que rarement sinon jamais associée aux mères sociales des couples homoparentaux féminins. En décidant de travailler sur la lactation induite, nous avons souhaité mettre en lumière un mode d'allaitement peu connu plutôt que peu commun et de l'envisager comme une expérience sociale et culturelle qui engage les rôles sociaux attribués à chaque sexe, des systèmes de valeur et de croyances, des représentations symboliques des corps (de l'enfant, de la mère, du social et du médical) et de ses substances par exemple.

Les entretiens menés auprès des mères sociales ont révélé une carence dans la prise en charge de ces femmes pour diverses raisons : d'une part, les couples lesbiens sont dans ce choix de l'invisibilisation sociale et d'autre part, il existe un non accompagnement concret de ces mères par les personnels soignants par le fait d'un déni du rôle de mère sociale fortement lié à l'hétéronormativité de la pensée sociale mais aussi, il faut le dire, médicale. Ce mémoire a donné l'opportunité de voir que ces mères sociales ont besoin d'être accompagnées dans leur rôle de mère, qui n'est ni un rôle de mère de naissance ni un rôle de père, et qu'elles ont une place dans la parentalité et dans la pratique de maternage.

La lactation peut être induite de différentes manières, via des protocoles pharmacologiques, médicamenteux ou non. Si ces derniers sont reconnus par le système de santé canadien, ce n'est pas le cas aux Etats-Unis ni dans aucun pays européen. Il faut retenir que ce sont les effets secondaires combinés de différents médicaments qui conduisent à produire du lait et donc que la santé est engagée. De ce fait, il paraît évident que la question du protocole médical de la lactation induite doit être discutée et validée par le système de santé français. S'il est discutable, il est toutefois impossible de nier son existence. Des

femmes le pratiquent et nécessitent d'être accompagnées, parce qu'elles sont tout simplement mères. C'est de maternage dont il s'agit et c'est cela que ce mémoire met en lumière.

Au-delà de la lactation induite, nous avons pu relever chez les mères sociales l'existence de trois formes de pratiques de mise au sein, qui sont méconnues à la fois du grand public et à la fois des soignants : les pratiques nourricières (DAL ou lactation induite), les pratiques hédonistes et les pratiques de soin à l'enfant. Ces pratiques ne sont pas à négliger puisqu'elles concernent un tiers de notre échantillon. Cela implique la nécessité pour les soignants de savoir que ces pratiques existent et de connaître les différentes formes qu'elles peuvent prendre. Ce qui différencie les pratiques nourricières des autres ce n'est pas la fréquence de mise au sein mais la durée dans le temps : la pratique nourricière est continue alors que les pratiques hédonistes et de soin sont ponctuelles. A posteriori, il aurait donc été plus approprié de parler de « pratiques de mise au sein » et non de « pratiques d'allaitement » : en effet, il est possible d'avoir un désir de mettre au sein le bébé sans pour autant vouloir l'allaiter. Mettre au sein peut être envisagé comme un objectif, dans le but de tester, de reconforter l'enfant ou d'allaiter, que la lactation aboutisse ou non.

Bibliographie

Articles de revue :

- Déchaux J.H., Darius M., *Les deux mères*. Journal des anthropologues. 2016 ; 144-145 : 123-146.
- Farrow A., *Lactation Support and the LGBTQI Community*. Journal of Human Lactation. 2015; 31: 26-28.
- Fournier M., *Des multiples manières de devenir parent...* Sciences Humaines. 2011 ; 232 : 11.
- Gojard S., *L'allaitement, une norme sociale*. Spirale. 2003 ; 27 : 133 – 137.
- Gribble K.D., *Culture et allaitement d'un bébé adopté*. Les Dossiers de l'Allaitement. 2005 ; 65 : 20-21.
- Gross M., *Homoparentalités : compositions familiales, décompositions de la filiation ?* Cités. 2006 ; 28 : 73-81.
- Gross M., *Les familles homoparentales : entre conformité et innovations*. Informations sociales. 2009 ; 154 : 106-114.
- Halpern C., *Maternité en révolutions*. Sciences Humaines, Hors Série. 2005 ; 4.
- Imbert G., *L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie*. Recherche en soins infirmiers. 2010 ; 102 : 23-34.
- Joyal R., *Parenté, parentalité et filiation : des questions cruciales pour l'avenir de nos enfants et de nos sociétés*. Enfances, Familles, Générations. 2006 ; 5 : 1-16.
- Lacoste-Dujardin C., *La filiation par le lait au Maghreb*. L'Autre. 2000 ; 1 : 69-76.
- Lenclud G., *La tradition n'est plus ce qu'elle était... Sur la notion de "tradition" et de "société traditionnelle" en ethnologie*. Terrain. 1987 ; 9 : 110-123.
- Martin-Fugier A., *La fin des nourrices*. Le Mouvement social. 1978 ; 105 : 11-32.
- Mathieu N.C., *Identité sexuelle/sexuée/de sexe ? Trois modes de conceptualisation du rapport entre sexe et genre*. Catégorisation de sexe et constructions scientifiques. 1989 ; 109-147.
- Mathieu N.C., *Homme-culture et femme-nature ?* L'Homme. 1973 ; vol.13 n°3 : 101-113.
- Murat P., *Les transformations de la famille : quel impact sur les finalités de l'adoption ?* Informations sociales. 2008 ; 146 : 20-33.
- Ossoukine A., *L'interdit matrimonial induit par le co-allaitement en droit musulman*. Revue internationale de droit comparé. 2009 ; vol.61 n°21 : 359-382.
- Prieur R., *Relactation et lactation induite*. Allaiter Aujourd'hui. 2005 ; 63 : 8-12.
- Railhet F., *Cas clinique : Allaiter un enfant adopté*. Les Dossiers de l'Allaitement. 2009 ; 79 : 5-9.
- Souad H., *Filiation par l'allaitement*. La Revue Lacanienne. 2010 ; 8 : 103-112.
- Wahlert L., Fiester A., *Induced Lactation for the Nongestating Mother in a Lesbian Couple*. AMA Journal of Ethics. 2013; vol.15 n°9 : 753-756.
- Weiss D., *Evolution sociohistorique de la famille*. Journal Français de Psychiatrie. 2010 ; 37 : 23-24.
- Wilson E., et al., *A Pilot Study on the Protein Composition of Induced Nonpuerperal Human Milk*. Journal of Human Lactation. 2015; 31: 166-171.

- Wilson E., et al., *The Intricacies of Induced Lactation for Same-Sex Mothers of an Adopted Child*. Journal of Human Lactation. 2015; 31: 64-67.
- Cimpric A., *Comités et codes d'éthique en anthropologie : garantie ou contrainte ?* Journal des anthropologues. 2007 ; 110-111 : 445-448.
- Mailfert M., *Homosexualité et parentalité*. Socio-anthropologie. 2002 ; 11 : 1-13.
- McNair R., *Lesbian health inequalities: a cultural minority issue for health professionals*. The Medical journal of Australia. 2003 ; 178 : 643 – 645.
- Vernier B., *Du bon usage de la parenté construite avec des humeurs corporelles (sang et lait) et quelques autres moyens*. EJTS. 2006 ; 4.

Ouvrages :

- Bereni L., Chauvin S., Jaunait A., Revillard A., *Introduction aux études sur le genre*. 2ème édition, Bruxelles, De Boeck, 2012, 357 p.
- Candau J., *Anthropologie de la mémoire*. Paris, Armand Colin, 2005, 208 p.
- Cassidy T., El Tom A., et al, *Ethnography of Breastfeeding : cultural contexts and confrontations*. London, Bloomsbury, 2014, 255 p.
- Descoutures V., *Les mères lesbiennes*. Paris, PUF, 2010, 249 p.
- Desjeux C., *Homosexualité et procréation : les prémices d'un matriarcat*. Paris, L'Harmattan, 2006, 310p.
- Godelier M., *Métamorphoses de la parenté*. Paris, Flammarion, 2010, 949 p.
- Gross M., *L'homoparentalité*. 2ème édition, Paris, PUF, 2005, 127 p.
- Guillaumin C., *Sexe, Race et Pratique du pouvoir*. Paris, Côté-femmes, 1992, 239 p.
- Husson A-C., Mathieu T., *Le féminisme*. Lombard, 2016, 96 p.
- Knibiehler Y., *Histoire des mères et de la maternité en Occident*. Paris, PUF, 2000, 127 p.
- Rommelaere C., Ravez L., et al, *La maternité autrement : un bébé pour une autre, un bébé toute seule, un bébé avec une autre femme*. Namur, PUN, 2013, 184 p.

Sources internet et documents électroniques :

- Al-Qaradâwî SY. 2003. *Les banques de lait maternel et l'interdiction du mariage entre frères et sœurs de lait* (en ligne). Consulté en Décembre 2016.
➤ <http://www.islamophile.org/spip/Les-banques-de-lait-maternel-et-l.html>
- ANSM. 2011. *Utilisation hors AMM de la dompéridone dans la stimulation de la lactation : mise en garde* (en ligne). Consulté en Janvier 2017.
➤ <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Utilisation-hors-AMM-de-la-domperidone-dans-la-stimulation-de-la-lactation-mise-en-garde-Point-d-information>
- ANSM. 2014. *Réévaluation en cours du rapport bénéfice/risque des spécialités à base de dompéridone* (en ligne). Consulté en Janvier 2017.
➤ <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Reevaluation-en-cours-du-rapport-benefice-risque-des-specialites-a-base-de-domperidone-Point-d-information>
- APGL. 2012. *L'homoparentalité aujourd'hui en France* (en ligne). 1-64. Consulté en Novembre 2016.
➤ <https://www.apgl.fr/images/2013/pdf/dossier-revendications-apgl-mariage-et-adoption-2012.pdf>

- Bergoignan-Esper C. 2011. *L'AMP : une activité strictement encadrée* (en ligne). 28-31. Consulté en Février 2017.
➤ www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad752831.pdf
- Bize R, et al. 2011. *Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres* (en ligne). Suisse. 1712 – 1717. Consulté en Mars 2017.
➤ <https://www.profa.ch/multimedia/docs/2013/01/santeLGBT.pdf>
- CRAT. 2016. *Domperidone* (en ligne). Consulté en Janvier 2017.
➤ http://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=59
- DA 73 (Les Dossiers de l'Allaitement n°73). 2007. *Le co-allaitement* (en ligne). Consulté en Décembre 2016.
➤ https://www.lllfrance.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=1389&Itemid=131
- HAS. 2015. *Commission de la transparence : avis sur le Motilium* (en ligne). 1-26. Consulté en Janvier 2017.
➤ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-12136_MOTILIUM_PIC_REEV_RI_Avis1_CT12136.pdf
- HAS. 2005. *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)* (en ligne). 56 pages. Consulté en Février 2017.
➤ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
- Hormann E. 1994. *Le sein, c'est aussi bon pour les bébés adoptés !* (en ligne). La Leche League France. Consulté en Septembre 2015.
➤ <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1102>
- La Leche League France. 2005. *Utilisation d'un dispositif d'aide à la lactation ou dispositif d'aide à l'allaitement (DAL)* (en ligne). Consulté en Mars 2016.
➤ http://www.lllfrance.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=961&Itemid=506
- Newman J., Goldfarb L. 2002. *Les protocoles pour induire la lactation : guide pour maximiser la production de lait maternel* (en ligne). 1-26. Consulté en Novembre 2015.
➤ <http://docplayer.fr/10390490-Les-protocoles-pour-induire-la-lactation.html>
- OMS. 2000. *La relactation : connaissances acquises et recommandations relatives à cette pratique* (en ligne). 47 p. Consulté en Janvier 2017.
➤ <http://apps.who.int/iris/handle/10665/68942?locale=fr&mode=full>
- Powers N, Montgomery A. 2011. *Protocoles cliniques de l'Academy of Breastfeeding Medicine : Utilisation des galactogènes pour l'induction ou l'augmentation de la sécrétion lactée* (en ligne). 1-12. Consulté en Janvier 2017.
➤ <http://www.lllfrance.org/1046-9-protocole-des-galactogenes-pour-linduction-ou-laugmentation-de-la-secretion-lactee>
- Vidal. 2016. *Liste indicative des médicaments pouvant être prescrits par les sages-femmes* (en ligne). Consulté en Janvier 2017.
➤ <https://www.vidal.fr/infos-pratiques/id10714.htm#medicaments>

Mémoire et thèse :

- Delaborde P., Lavanchy C. *Du couple homosexuel à l'homoparentalité : les difficultés que les couples lesbiens rencontrent dans la réalisation de leur projet parental*. Travail effectué dans le cadre de la formation HETS, Genève, 137p.

Annexes



Annexe I : Grille d'entretien

Code de l'entretien |_|_|/|_|_|/|_|

1. Généralités sur la grossesse

- Comment votre compagne et vous avez choisi de concevoir votre enfant ? Par quel moyen/méthode (coparentalité/IAD/adoption) ? Pourquoi cette méthode plutôt qu'une autre ?
- Comment s'est fait le choix de la mère qui a porté/porte l'enfant ?
- Avez-vous entamé des démarches spécifiques pour cela ? Lesquelles ? Décrivez-moi votre parcours.
- Avez-vous été en contact avec des associations, des structures ou des amis qui vous ont aidés dans votre démarche ?
- Combien de temps cela vous a pris entre le début des démarches et le début de la grossesse ?
- Comment se déroule/s'est déroulée la grossesse ? Qui assure/a assuré le suivi de grossesse ?
- Si a accouché : comment s'est passé l'accouchement ? Le séjour en maternité ? Le retour à domicile ? (Vécu, ressenti)

2. L'allaitement maternel

- Comment le bébé a-t-il été allaité (sein/biberon/mixte) ? Qui a pris cette décision (votre compagne, vous, consentement) ? Combien de temps a-t-il été allaité ?
- Quelle est la raison principale de ce choix d'allaiter au sein/d'allaiter au biberon/mixte ?
- Qu'évoque pour vous l'allaitement maternel ?

Désir ou non d'allaiter :

- Auriez-vous aimé/Aimeriez-vous allaiter ? Y avez-vous songé ?
Si oui, l'avez-vous fait / comptez-vous le faire ? (*si oui, passer au 3.1 ; si non, pourquoi ? puis passer au 3.2*)
Si non, pourquoi ne l'avez-vous pas fait ? (*passer au 3.2*)

3. La lactation induite

3.1 Le fait / L'a fait :

Choix/prise de décision

- Comment avez-vous pris la décision ? (après une discussion toutes les 2,...) D'où est venue l'idée ? A quel moment avez-vous pris la décision ? (avant grossesse, pendant...)
- L'idée vient plus de vous ou de votre compagne ? Quel était son avis ?
- Si les 2 mamans allaitent : pourquoi cette décision ?

- Si la maman qui porte l'enfant n'allait pas au sein : quel est la raison principale à l'origine du refus d'allaiter de votre compagne ?
- Que pensez-vous de votre compagne du fait que vous allaitez ?

Entourage familial et social

- Avez-vous parlé de votre projet à vos parents ? à votre entourage social (amis, collègues de travail) ? Quand (avant grossesse, grossesse, après accouchement, après 1^{ère} mise au sein) ? Quelle a été leur réaction ?
- Y a-t-il dans votre entourage des couples de femmes qui pratiquent ce mode d'allaitement ? Que vous ont-elles dit/conseillé ?
- Êtes-vous en contact avec des associations ou des structures qui vous ont aidées et/ou informées à propos de cette pratique d'allaitement ? Si oui, que vous a-t-on dit ?

Savoir à propos de la pratique de la lactation induite

- Connaissez-vous le nom donné à ce mode d'allaitement ?
- Avez-vous été informée ? Quand ? Par qui ?
- Comment avez-vous eu connaissance de ce procédé ? Quelqu'un vous en a-t-il parlé ? Si oui, qui ? (compagne, famille, amis, associations, corps médical : gynéco, sage-femme, médecin traitant, etc.)
- Avez-vous effectué des recherches sur ce mode d'allaitement ? Par quel moyen (lecture, Internet, rdv dans une association, PMI) ? Quand ?
- Que savez-vous à propos de ce mode d'allaitement (dire lactation induite si maman sait que ça s'appelle comme ça) ?

Déroulement de la lactation induite

- A quel moment avez-vous commencé le protocole ? (pendant la grossesse/à la naissance)
- Qui vous a encadré et expliqué le protocole ? Quelqu'un vous a-t-il donné des explications, aidée ? Comment s'est passé le suivi ?
- Comment avez-vous procédé pour mettre en place la lactation (médicaments, démonstration par des gestes, alimentation spécifique, fascicule, etc...) ?
- Racontez-moi la première mise au sein. Où (maternité, domicile, autre) ? Si à la maternité : l'équipe soignante était au courant ? Quelles ont été leurs réactions ? Vous ont-elles accompagné dans votre allaitement ?
- Qu'avez-vous ressenti ? Comment l'avez-vous vécu ?
- Avez-vous rencontré des problèmes ? Lesquels ?
- Que pensez-vous de cette pratique ? Est-ce contraignant ? Y a-t-il des avantages (pour le bébé, pour la ou les maman(s), d'un point de vue économique, etc.) ?
- Combien de fois l'allaitiez-vous par jour ? Avez-vous du lait ? Quelle quantité ?
- Combien de temps pensez-vous allaiter ? Et votre compagne (si double allaitement) ? Pourquoi ce laps de temps ? L'allaitiez-vous toujours ?
- Avez-vous allaité auparavant ? Combien de temps ? Quelles impressions et souvenirs en avez-vous gardé ? (échec, douleur, bon épanouissement) Cela vous a-t-il influencé dans votre choix d'allaiter ?

Impact de l'information à propos de l'existence de la pratique de la lactation induite :

- Est-ce que ça change quelque chose pour vous de savoir que cette forme d'allaitement existe ? Qu'est-ce que ça change ou pourrait changer ?
- Pensez-vous que c'est une pratique d'allaitement dont il faut parler ?
- Quelle est, selon vous, la personne la plus apte à informer les mères et les couples lesbiens sur cette pratique d'allaitement ?
- Quel serait le meilleur outil pour informer les mères et couples lesbiens à propos de cette pratique d'allaitement ?

3.2 Ne le fait pas / Ne l'a pas fait :

- Êtes-vous au courant d'autres pratiques (d'autres solutions) d'allaitement maternel ? si oui, Lesquelles ? Comment êtes-vous au courant ?

Si je vous dit « lactation induite » :

- Cela vous parle ?
 - si non : Pensez-vous que c'est possible que la mère qui n'est pas enceinte puisse allaiter ? si oui, Pourquoi ne l'avez-vous pas fait ? Vous a-t-on conseillé d'essayer ? si oui, qui ? Lui expliquer. Auriez-vous aimé être informée ? Par qui et comment auriez-vous aimé être informée ?
 - si oui : Que savez-vous de la lactation induite ? Quelles sont les raisons de ne pas l'avoir fait ? Avez-vous été informée sur cette pratique d'allaitement ? si oui : Quand, par qui, comment ? Que vous a-t-on dit ou conseillé ? Quelle a été votre réaction à l'annonce de cette méthode ? En avez-vous parlé autour de vous ? A qui ? Quand ? Que vous a-t-on dit ?
- Qu'en pensez-vous ?
- Votre compagne connaît-elle ? Vous a-t-elle conseillé/proposé/ demandé d'essayer ?
- Y a-t-il dans votre entourage des couples de femmes qui pratiquent ce mode d'allaitement ? Que vous ont-elles dit/conseillé ?
- Selon vous, y a-t-il des avantages/des inconvénients à ce choix d'allaitement ?
- Avez-vous allaité auparavant ? Combien de temps ? Quelles impressions et souvenirs en avez-vous gardé ? (échec, douleur, bon épanouissement) ? Cela vous a-t-il influencé dans votre choix de ne pas allaiter ?

Impact de l'information à propos de l'existence de la pratique de la lactation induite :

- Est-ce que ça change quelque chose pour vous de savoir que cette forme d'allaitement existe ? Qu'est-ce que ça change ou pourrait changer ?
- Pensez-vous que c'est une pratique d'allaitement dont il faut parler ?
- Pensez-vous que vous allez en parler maintenant ?
- Si grossesse en cours/bébé en phase d'allaitement : Pensez-vous vous renseigner / essayer maintenant ? Si oui ou non, Pourquoi ?

- Pourriez-vous l'envisager pour un prochain enfant ?
- Quelle est, selon vous, la personne la plus apte à informer les mères et les couples lesbiens sur cette pratique d'allaitement ?
- Quel serait le meilleur outil pour informer les mères et couples lesbiens à propos de cette pratique d'allaitement ?

Annexe II : Fiche de renseignement

Code de l'entretien |_|_|/|_|_|/|_|

Contexte de l'entretien

- * Date : |_|_|/|_|_|/|_|_|
- * Durée : |_|_|/|_|_|
- * Période par rapport à la grossesse :
 - mois de grossesse,
 - jour après l'accouchement
 - mois depuis la naissance de l'enfant
 - années depuis la naissance de l'enfant
- * Personne(s) présente(s) :
 - oui (précisez le lien entre elles :)
 - non
- * Type d'entretien : Face à face Skype Téléphone
- * Lieu :
 - Domicile de la mère
 - Autre (précisez :)
- * Ville :
- * Milieu : Urbain Rural

Contexte socio-culturel-économique de la mère

- * Quelle est votre année de naissance : |_|_|_|_|_|_|
- * Exercez-vous une activité professionnelle :
 - Oui (précisez :)
 - Non : Comment définissez-vous votre statut :
 - o au foyer
 - o recherche d'emploi
 - o sans emploi
 - o autre (précisez :)
- * Quelle est votre situation matrimoniale :
 - Mariée Pacsée En couple Séparée/Divorcée
- * Etes-vous allée à l'école :
 - Oui : précisez jusqu'à quel niveau :
 - o primaire
 - o secondaire
 - o supérieur
 - Non
- * Avez-vous des enfants :
 - Oui (précisez le nombre :)
 - Non
- * Avez-vous été élevée : En ville A la campagne
- * Souhaitez-vous faire état d'une origine ethnique : oui/non
 - Oui (précisez laquelle :)
 - Non

Annexe III : Formulaire de consentement éclairé

Bonjour, je m'appelle Lise Dauvignac. Je suis étudiante sage-femme à Nice en 5^{ème} année. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude pour l'obtention de mon diplôme de sage-femme, je réalise une étude sur les « modes d'allaitement chez les couples lesbiens », sous la direction de Céline Verguet, docteure en anthropologie sociale.

L'objectif de cette étude consiste à faire un état des lieux et des connaissances des « modes d'allaitement » chez la maman n'ayant pas porté l'enfant au travers d'entretiens individuels. Le but serait de développer un outil informatif à destination des personnels soignants (ou sages-femmes) et ainsi d'améliorer l'accompagnement des mères lors du suivi de grossesse.

La personne qui vous a transmis mes coordonnées (sages-femmes libérales, PMI, associations et entourage) a pensé que vous pourriez participer à mon étude et nous aider à atteindre ce but en acceptant un entretien. Il sera individuel et durera environ une heure. Il pourra se dérouler sous la forme que vous voulez, en vis-à-vis à votre domicile, par téléphone ou par visioconférence.

L'entretien sera enregistré avec votre accord au préalable et toutes les données recueillies resteront strictement confidentielles et anonymes. Vous êtes libre de refuser de participer à cette étude, mais j'espère que vous accepterez de le faire car votre témoignage est important. Sachez que vous pouvez interrompre l'entretien à tout moment, qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions que je vous poserai, ni de jugements de valeurs sur votre discours. S'il arrivait que je parle d'un sujet que vous ne voulez pas aborder, dites-le moi et je passerai à un autre sujet. Concernant le traitement et l'analyse des données, je retranscrirai l'enregistrement en respectant la fidélité de vos propos et le numérotterai pour conserver l'anonymat. Je vous laisse à la fin du document les coordonnées des personnes à contacter si vous désirez de plus amples informations sur l'enquête.

Je soussignée.....

- Accepte librement et volontairement de participer à cette étude intitulée : « les modes d'allaitement chez la mère n'ayant pas porté l'enfant dans les couples lesbiens », dirigée par Céline Verguet – docteure en anthropologie sociale – et menée sur le terrain par Lise Dauvignac, étudiante sage-femme.
- Donne mon accord pour l'enregistrement audio de l'entretien.
- Avoir reçu oralement et par écrit les informations nécessaires sur l'intérêt et le déroulement de l'étude.
- Avoir été informée que mes données personnelles seront rendues anonymes et demeureront strictement confidentielles.

Fait à le en 2 exemplaires.

Signature du responsable de
l'étude, Céline Verguet :

Signature de l'enquêtrice,
Lise Dauvignac :

Nom, prénom, signature du
participant :

Annexe IV : Profil des mères sociales interrogées (tableau récapitulatif)

Info	Age	Moment de l'entretien ²⁰	Nombre total d'enfant [x] ²¹	Allaitement antérieur [durée]	Connait la lactation induite	Pratique de mise au sein	Type ou lieu de l'entretien	Remarques
Mères								
01	44	26SA+5j	0	Non	Oui	Non	Domicile	
02	33	1 an	1 [0]	Non	Oui	Nourricière (DAL)	Domicile	
03	40	6 ans	2 [0]	Non	Non	Non	☎ ²²	Jumeaux
04	43	5 mois	3 [2]	2 [7 mois ; 1 mois]	Oui	Non	Lieu public ²³	2 filles d'une précédente union avec un homme
05	23	9 mois	1 [0]	Non	Non	Non	Domicile	
06	43	3 mois	1 [0]	Non	Oui	Non	☎	
07	38	3 ans	2 [1]	1 [4 mois]	Oui	Non	☎	
08	34	2 ans ½	2 [1]	Non	Non	Hédoniste	Lieu public	En couple avec ME09
09	35	18 mois	2 [1]	1 [10 mois]	Oui	Non	Lieu public	En couple avec ME08
10	40	13 mois	2 [0]	Non	Non	Non	Domicile	Jumeaux
11	33	10 mois	1 [0]	Non	Oui	Non	☎	
12	32	1 an	4 [1]	1 [9 mois]	Oui	Nourricière (lactation induite)	☎	Jumeaux
13	34	4 ans	3 [2]	Non	Oui	De soin	☎	En couple avec ME15
14	31	3 ans ½	2 [0]	Non	Oui	Non	☎	
15	34	1 an	3 [1]	1 [4 ans]	Oui	Nourricière (variante du co-allaitement)	☎	Jumeaux En couple avec ME13

²⁰ Le moment de l'entretien signifie que l'entretien avec la mère sociale a été réalisé soit pendant la grossesse soit après la naissance de l'enfant. Exemple : la ME01 a été interrogée alors que sa compagne était enceinte de 26SA+5j ; la ME02 a été interrogée un an après la naissance de l'enfant.

²¹ La lettre « x » signifie le nombre d'enfant porté par la mère sociale. Exemple : 3 [1] : le couple a trois enfants dont un porté par la mère sociale.

²² ☎ : Symbole désignant un entretien téléphonique.

²³ Le terme « lieu public » désigne un café ou un restaurant dans lequel l'entretien a été réalisé.

Annexe V : Proposition d'un outil informatif destiné aux sages-femmes

Nous nous sommes appuyée sur les idées directrices émanant de l'étude de ce mémoire pour mettre en place une proposition d'outil informatif destiné aux sages-femmes.

Cet outil est un premier jet. Nous n'avons pas prétention à concevoir un produit fini mais, au contraire, une base sur laquelle réfléchir collectivement avec d'autres professionnels de la périnatalité. Cela permettrait d'évoquer le sujet, de discuter autour de cet outil pour évaluer son intérêt et son contenu dans le but de l'améliorer.

PRATIQUES DE MISE AU SEIN CHEZ LES MÈRES SOCIALES DE COUPLES HOMOPARENTAUX

Il existe chez les mères sociales de couples de femmes, c'est-à-dire les mères non gestantes, des pratiques de mise au sein qui relèvent de l'allaitement. Cependant, il est possible d'avoir un désir de mettre au sein le bébé sans pour autant vouloir l'allaiter.

Généralités

Mettre au sein peut être un objectif pour les mères sociales. Mais les motivations sont diverses : tester, réconforter l'enfant ou allaiter, que la lactation aboutisse ou non. Quels que soient la forme qu'elles prennent et le désir qui les meut, elles relèvent de l'intime et doivent être envisagées comme des pratiques de maternage.

Il existe trois formes de mise au sein :

- La pratique nourricière (lactation induite ou DAL)
- La pratique hédoniste
- La pratique de soin à l'enfant

La pratique nourricière est continue alors que les pratiques hédonistes et de soin sont ponctuelles. Mais toutes peuvent être pratiquées dès la salle de naissance.



Les pratiques hédoniste et de soin

QU'EST-CE-QUE C'EST ?

La pratique hédoniste : mettre au sein pour le plaisir que procure ce rapprochement de la mère sociale avec l'enfant.

La pratique de soin : mettre au sein pour réconforter l'enfant.

Toutes deux sont considérées comme agissant sur les liens mère-enfant.

QUAND INFORMER ?

À tout moment.

La pratique nourricière : la lactation induite

QU'EST-CE-QUE C'EST ?

Pratiquée à l'origine par les mères adoptantes, puis transposée chez les mères sociales des couples homoparentaux féminins.

Objectif : simuler un état de grossesse en imitant l'impact hormonal de la grossesse et de l'accouchement.

But : nourrir exclusivement, en partage avec la mère de naissance ou en soutien à celle-ci.

Comment : le protocole du Dr Niewman sert de recommandation et de support mais ne représente pas un modèle standard de traitement. Possibilité de modification selon les objectifs maternels.

- Au 4ème mois de grossesse : contraceptif oral (1 mg de progestérone + 35µg d'éthinyl oestradiol) + Motilium® (10mg 4x/j pendant 1 semaine puis 20mg 4x/j)
- A 35 SA : arrêt contraception et poursuite Motilium® + stimulation mammaire (3h et une fois la nuit) +/- herbes
- Naissance : poursuivre Motilium® jusqu'au sevrage de l'allaitement + stimulation mammaire (10 minutes après chaque tétée)

Il existe un protocole accéléré à commencer 30 jours minimum avant la naissance pour les mères disposant de peu de temps pour se préparer.

QUAND INFORMER ?

Durant le projet grossesse et pendant la grossesse jusqu'au 4ème mois (voir jusqu'à 1 mois avant la naissance pour le protocole accéléré).

OÙ TROUVER DE L'INFORMATION ?

Sur internet : <http://docplayer.fr/10390490-Les-protocoles-pour-induire-la-lactation.html>

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE NICE

Titre : La lactation induite chez les mères sociales des couples homoparentaux féminins.

Mots-clés : Lactation induite ; Allaitement maternel ; Couple lesbien ; Mère sociale ; Homoparentalité.

Résumé :

Objectif : Ce mémoire dresse un état du savoir à propos de la lactation induite chez les couples de femmes, en particulier chez les mères sociales. A terme, le but consiste à produire un outil informatif à propos de cette pratique destiné aux sages-femmes afin que chacun(e) puisse améliorer l'accompagnement du couple dans leur cheminement vers la maternité.

Méthode : Etude qualitative à partir d'entretiens semi-directifs basés sur une grille d'entretien incluant 15 mères sociales.

Résultats : Parmi les 15 mères concernées, deux ont tenté d'induire une lactation et trois autres ont pratiqué des formes différentes de mise au sein. L'étude met en évidence le besoin des mères sociales d'être informée à propos des pratiques de mise au sein/lactation induite.

Conclusion : Certaines améliorations comme intégrer la lactation induite dans la formation initiale et diffuser une plaquette aux sages-femmes pourraient être un prérequis et permettraient aux professionnels d'être formés et informés à propos de cette pratique, et plus largement des différentes formes de mise au sein.

Title: Induced lactation for nongestating mothers in women homosexuals parenthood couples.

Keywords: Induced lactation; Breastfeeding; Lesbian couple; Nongestating mother; Homosexual parenthood.

Abstract:

Goals: This research establishes a state of knowledge about induced lactation among lesbian couples, in particular nongestating mothers. The goal is to develop an informational tool about induced lactation intended for midwives to optimize lesbian couple support in their pathway to motherhood.

Method: Qualitative survey based on semi-structured interviews on the basis of an interview grid, including 15 nongestating mothers.

Results: Among these mothers, two of them tried to induce a lactation and three of them practiced others forms of breastfeeding. This study highlights the need from nongestating mother to get informed about breastfeeding practices.

Conclusion : Some improvements such as the inclusion of induced lactation in initial education and the spread of brochure for midwives would be a prerequisite and would allow professionals to be formed and informed about this practice, and, more broadly, differently breastfeeding practices.