

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

ECOLE DE SAGES-FEMMES

MÉMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2018

**L'ALLAITEMENT MATERNEL PROLONGÉ : TÉMOIGNAGES DE VINGT
FEMMES SUR CETTE PRATIQUE**

TOME I

MÉMOIRE PRÉSENTÉ PAR :

Madame Hélène MARIN

Née le 24 octobre 1993

SOUS LA DIRECTION DE :

Dr Alexandra CHADIE

**L'ALLAITEMENT MATERNEL PROLONGÉ :
TÉMOIGNAGES DE VINGT FEMMES SUR CETTE
PRATIQUE**

REMERCIEMENTS

Je tenais tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire Mme CHADIE Alexandra, sans qui ce travail n'aurait pas pu aboutir.

Je tenais également à remercier ma guidante, Mme BOURDIN Julie, pour son accompagnement tout au long de ce travail. Merci pour sa fidélité, ses conseils et les nombreuses relectures.

Un grand merci à toutes les mères qui ont témoigné, qui m'ont accordé leur temps et leur confiance.

Je ne remercierai jamais assez ma famille et surtout mes parents pour m'avoir soutenue, sans quoi je n'aurais jamais pu arriver là où j'en suis.

Merci à Quentin pour son amour, son aide et son soutien infaillible au quotidien.

Et pour finir je voudrais remercier mes amies de promotions, tout particulièrement : Émilie, Séphora, Stacy, Pauline, Albane et Justine, pour tous les bons moments passés à vos côtés.

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION..... | 1 |
| REVUE DE LA LITTEATURE | 3 |
| 1. Généralités sur l’allaitement maternel..... | 3 |
| 1.1. Historique..... | 3 |
| 1.2. Les bénéfices de l’allaitement maternel..... | 4 |
| 1.2.1. Pour l’enfant | 4 |
| 1.2.2. Pour la mère..... | 5 |
| 1.2.3. Pour la société | 5 |
| 1.3. Législation et recommandations actuelles | 6 |
| 1.4. Les facteurs influençant la durée de l’allaitement maternel | 7 |
| 1.5. Le sevrage | 8 |
| 1.6. Les sages-femmes et l’allaitement maternel en France | 9 |
| 2. Le débat..... | 10 |
| 2.1. L’allaitement maternel au-delà de six mois..... | 10 |
| 2.1.1. Aspects nutritionnels | 10 |
| 2.1.2. La phase du sevrage | 12 |
| 2.1.3. Un problème psychologique antérieur | 13 |
| 2.2. Regard social..... | 14 |
| 2.2.1. La cellule familiale | 14 |
| 2.2.2. La société..... | 15 |
| 2.3. Conséquences sur le développement de l’enfant | 16 |
| PRÉSENTATION DE L’ÉTUDE..... | 19 |
| 1. Cadre de la recherche | 19 |
| 1.1. Problématique | 19 |
| 1.2. Hypothèse | 19 |
| 1.3. Objectifs de l’étude..... | 19 |
| 2. La méthode | 20 |
| 2.1. La technique et le guide d’entretien..... | 20 |
| 2.2. Les enquêtes..... | 20 |
| 2.3. Analyse | 21 |

| | |
|---|-----------|
| RÉSULTATS | 22 |
| 1. Recueil des informations permettant de décrire la population étudiée | 22 |
| 2. Les choix effectués autour de l'allaitement maternel | 22 |
| 3. Les difficultés rencontrées et les aides reçues..... | 23 |
| 3.1. Les difficultés rencontrées | 23 |
| 3.2. Un entourage aidant ou non | 24 |
| 3.2.1. Le père | 24 |
| 3.2.2. La famille | 26 |
| 3.3. Les professionnels de santé..... | 27 |
| 3.4. Les associations | 29 |
| 4. Le vécu de l'allaitement maternel par les femmes allaitantes..... | 31 |
| 4.2. Pratique de l'allaitement maternel dans les lieux publics..... | 32 |
| 4.3. Pratiques de l'allaitement maternel au travail..... | 33 |
| 4.4. Le vécu du sevrage | 35 |
| 4.5. Volonté ou non de renouveler l'expérience..... | 36 |
| DISCUSSION | 38 |
| 1. Validation de l'hypothèse et réponse à la problématique | 45 |
| 1.1. Pourquoi certaines femmes font-elles le choix de prolonger leur allaitement au-delà de six mois ?..... | 38 |
| 1.2. Comment vivent-elles cette expérience ? | 38 |
| 1.2.1. Difficultés à l'initiation | 39 |
| 1.2.2. Difficultés à la prolongation..... | 40 |
| 1.2.3. Difficultés au sevrage | 44 |
| 2. Comment ont-elles surmonté ces difficultés ? | 45 |
| 3. Perspectives et ouvertures de notre recherche | 47 |
| 4. Critique de la méthodologie | 49 |
| 4.1. Les points forts..... | 49 |
| 4.2. Les points faibles | 49 |
| CONCLUSION..... | 50 |
| BIBLIOGRAPHIE | |
| ANNEXES (TOME II) | |

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a comme fonction de diriger et de coordonner la santé mondiale au sein du système des Nations Unies. Ses recommandations concernant la durée de l'allaitement maternel sont les suivantes : « Les nourrissons devraient être allaités exclusivement au sein pendant les six premiers mois pour une croissance, un développement et un état de santé optimaux. Après six mois, compte-tenu de l'évolution de leurs besoins nutritionnels, les nourrissons doivent consommer des aliments de complément sûrs et adaptés du point de vue nutritionnel, tout en continuant à être allaités au sein jusqu'à deux ans, voire plus. » (1).

Afin de mieux comprendre les recommandations de l'OMS, nous allons effectuer un bref rappel historique de l'allaitement maternel, détaillant les différents bénéfices de celui-ci ainsi que les recommandations qui le concernent. Puis nous énumérerons les difficultés que peuvent rencontrer les mères allaitantes, et enfin, nous montrerons l'implication de la sage-femme en France dans l'allaitement maternel. Dans une seconde partie, nous verrons que l'allaitement maternel prolongé fait l'objet d'une controverse, notamment en ce qui concerne son aspect nutritif et la période de sevrage. Nous détaillerons le regard que porte la société sur l'allaitement maternel tardif et ses conséquences sur le développement de l'enfant.

Malgré les recommandations de l'OMS, une Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance (ELFE), a publié le 22 septembre 2015 (2) : « Seule une femme sur cinq ayant fait le choix d'allaiter, nourrit encore son bébé à 6 mois ». En effet, l'allaitement maternel comporte des difficultés dans son initiation, sa prolongation et son arrêt car l'influence de l'environnement est très présente. Pour autant, une femme sur cinq franchit ces difficultés et perdure son allaitement maternel pour une durée qui, la plupart du temps, est indéterminée. « Long », « tardif », prolongé », tous ces adjectifs ont une définition bien structurée, mais lorsque l'on qualifie un allaitement, leur définition devient floue. En effet, un allaitement long peut être de plus de 6 mois ou 1 an mais il n'existe pas de définition stricte ; il fait pourtant l'objet d'un débat.

Ce qui nous amène à notre problématique : Pourquoi certaines femmes font-elles le choix de prolonger leur allaitement au-delà de six mois et comment vivent-elles cette expérience ? Nous avons émis comme hypothèse que les femmes font ce choix afin de faire perdurer les bienfaits de l'allaitement maternel, mais elles doivent faire face à des difficultés d'ordre social.

Pour répondre à cette problématique, nous avons réalisé vingt entretiens semi-directifs avec des femmes pratiquant ou ayant pratiqué l'allaitement maternel prolongé (supérieur à six mois).

Cette étude permet de mettre en lumière les difficultés que ces femmes ont pu rencontrer et de savoir comment elles les ont surmontées. Le but étant d'accompagner au mieux les futures mères souhaitant allaiter ; apporter des conseils adaptés sur la prise en charge et la durée de l'allaitement maternel.

REVUE DE LA LITTERATURE

1. Généralités sur l'allaitement maternel

1.1. Historique

Des archéologues au Guatemala se sont intéressés aux isotopes de carbone et d'oxygène stables dans l'émail dentaire de squelettes dont l'âge allait de 500 ans avant JC à 1500 de notre ère. Leurs conclusions étaient que les enfants de ces époques commençaient à consommer des aliments solides avant l'âge de deux ans, et continuaient à être allaités pendant la majeure partie de la période de minéralisation des prémolaires (2 à 6 ans) (3).

Estelle Herrscher, une paléoanthropologue, a elle aussi analysé certains isotopes présents dans des squelettes d'enfants enterrés dans la nécropole Saint-Laurent de Grenoble. Elle en a conclu qu'à l'époque médiévale, le sevrage des enfants de Saint-Laurent devait débiter entre 2,6 et 3,3 ans (4).

Au XIX^{ème} siècle, la révolution industrielle en Europe entraîne de profonds bouleversements socio-économiques (exode rural, appauvrissement, rupture des liens familiaux traditionnels, conditions de vie déplorables des ouvrières d'usine) qui se traduisent notamment par une augmentation de la mortalité infantile. La fin du siècle voit donc une forte offensive médicale en faveur de l'allaitement maternel (5).

Dans les années 1900, les enfants non nourris par du lait maternel décédaient dans 90% des cas ; la place de la nourrice pris alors toute son importance.

Pendant la guerre de 1914 à 1918, les nourrices ont remplacé les hommes au travail, ce qui provoqua une hausse de l'allaitement au biberon et une diminution de l'allaitement au sein.

En 1950, un tiers des enfants bénéficiaient d'un allaitement maternel. Au lycée, lors des cours « d'éducation sexuelle », le mot sein n'était même plus prononcé.

En 1990, l'OMS s'inquiète de la disparition de l'allaitement maternel (surtout dans les pays défavorisés). Elle crée alors des « recommandations de bonnes pratiques » et le label « Hôpital Ami des Bébé » (HAB) pour les hôpitaux qui appliquent ces recommandations (6) (7).

À l'étranger, au XX^{ème} siècle, les mères chinoises et japonaises allaitaient encore leurs enfants de quatre ou cinq ans. Pendant la Seconde Guerre mondiale, les enfants birmanes étaient allaités jusqu'à l'âge de trois ou quatre ans. Jusqu'en 1950 au Kenya, les mères

allaitaient jusqu'à cinq ans, et en Mongolie parfois jusqu'à six et sept ans. En Nouvelle-Guinée dans les années 1960, les enfants ont été allaités librement jusqu'à deux, trois et parfois quatre ans (8).

1.2. Les bénéfices de l'allaitement maternel

Aujourd'hui les bienfaits de l'allaitement ont été amplement démontrés (1) (9) (10) (11). Nous parlerons ici de l'allaitement maternel entre la naissance et les deux ans de l'enfant.

L'allaitement maternel exclusif, c'est-à-dire sans autre ingestat solide ou liquide, y compris l'eau, permet à lui seul un développement optimal du nourrisson jusqu'à 6 mois. Le lait maternel est adapté à l'âge gestationnel de naissance, au poids et à l'âge de l'enfant, au stade de lactation, et au moment de la tétée. En effet, sa composition et son volume évoluent très rapidement dès la naissance pour répondre aux besoins du nourrisson s'adaptant à la vie extra-utérine, et pour satisfaire ses besoins énergétiques en glucides, en protéines, en lipides et acides gras, en vitamines, minéraux et oligoéléments (12).

1.2.1. Pour l'enfant

Le lait maternel apporte un ensemble de substances et de cellules (comme par exemple : les immunoglobulines véhiculant les anticorps, les lactoferrines et les lysozymes) qui par leurs actions directes et indirectes contribuent de manière efficace à la prévention de plusieurs pathologies chez le jeune enfant. En effet, l'allaitement maternel permet une protection contre les infections de types : maladies diarrhéiques, infections basses aiguës au niveau respiratoire et infections au niveau de la sphère ORL, pendant plusieurs années en diminuant leur incidence et leur gravité.

Il permet une défense contre les maladies gastro-intestinales des nourrissons, telles que : la maladie cœliaque, ou les maladies inflammatoires du tube digestif (comme la maladie de Crohn). Chez les prématurés, le lait maternel permet la maturation des fonctions digestives, ce qui diminue significativement le risque d'infection et d'entérocolite ulcéro-nécrosante.

Des études ont prouvé que le lait maternel permettait d'accroître les performances du développement neurologique du nouveau-né prématuré et qu'il était notamment associé à une augmentation significative du Quotient Intellectuel (QI) de l'enfant âgé de six ans (13).

Le lait humain permettrait à l'enfant de lutter contre les infections urinaires, grâce à la présence d'une grande quantité d'oligosaccharides dans le lait et se retrouvant dans les urines de l'enfant. Or les oligosaccharides ont la propriété d'inhiber l'adhésion bactérienne aux cellules épithéliales, nécessaire au développement de l'infection.

L'allaitement maternel permet de lutter contre le risque d'eczéma, d'asthme et de mort subite du nourrisson pendant la première année de vie chez les enfants ayant un risque d'allergie.

À long terme, l'allaitement maternel protège contre le diabète de type I et II, l'obésité chez l'enfant et l'adolescent, le cholestérol et l'hypertension chez l'adulte. Ainsi, les bénéfices de l'allaitement étant dépendants de la dose de lait maternel reçue, il est important d'augmenter son initiation dès la naissance, mais aussi sa durée. Les bénéfices sur la santé sont principalement observés lorsque la durée de l'allaitement exclusif est d'au moins 3 mois (11) (14).

1.2.2. Pour la mère

Allaiter comporte aussi des avantages pour la mère. Les sécrétions hormonales d'ocytocine provoquées par les suctions de l'enfant lors d'une tétée facilitent l'involution utérine et limitent les pertes sanguines en post-partum. L'allaitement maternel permet aussi, dans des conditions strictes, de retarder le retour de couches et la première ovulation selon la Méthode d'Aménorrhée par l'Allaitement Maternel (MAMA).

L'allaitement permet à la mère de perdre du poids plus rapidement dans les six mois suivant l'accouchement et de retrouver son poids pré-gravide plus tôt. Il est aussi associé à une diminution de l'incidence de la dépression du postpartum.

À long terme, l'allaitement permet une protection contre l'ostéoporose, le cancer du sein et de l'utérus.

Ces bénéfices sont d'autant plus grands que la durée totale d'allaitement est importante (12).

1.2.3. Pour la société

L'allaitement maternel apporte des avantages pour la mère, pour l'enfant, mais aussi pour la société d'un point de vue économique, environnemental et familial, et représente donc un enjeu de santé publique (15).

L'allaitement maternel permet de faire des économies indirectes pour le système de santé. En effet, comme nous l'avons décrit ci-dessus, les femmes et leurs enfants sont moins malades, par conséquent, les dépenses liées aux soins sont moindres. De même,

les employeurs bénéficient d'économies dues à une baisse des congés maladies et donc une baisse de l'absentéisme parental.

Pour les mères non allaitantes, il est indispensable d'effectuer des dépenses supplémentaires pour l'achat du lait en poudre et pour tout le matériel nécessaire à l'allaitement artificiel. Ces dépenses ne sont pas négligeables, surtout pour les familles en difficultés financières.

De plus, pour pouvoir acheter ce matériel il faut obligatoirement dépenser de l'énergie liée à la production, aux transports et à la commercialisation des produits. C'est un argument non dérisoire pour les pays industrialisés qui essaient d'adopter une politique de « développement durable ».

Enfin, nous savons que l'allaitement maternel permet de développer le lien mère et enfant, nous pouvons donc supposer que le non allaitement pourrait être indirectement lié à des difficultés relationnelles et psychologiques au sein de la cellule familiale.

1.3. Législation et recommandations actuelles

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) invitent régulièrement les gouvernements à promouvoir, soutenir et protéger l'allaitement maternel, en tant que recommandations mondiales de santé publique depuis les années 1980. Aujourd'hui, quelles sont les recommandations ?

L'OMS préconise un allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois, puis une diversification progressive, en conservant si possible le lait de mère comme apport lacté jusqu'aux 2 ans de l'enfant ou au-delà (16).

La durée médiane de l'allaitement est de l'ordre de 10 semaines, variable selon les régions. Cette durée coïncide avec la durée du congé maternité, de 10 à 14 semaines en France (17). C'est pourquoi, depuis 2002, l'OMS encourage l'élaboration d'une politique nationale afin de promouvoir et d'allonger le congé maternité post natal, dans le but de favoriser l'allaitement exclusif pendant six mois.

Les parents peuvent bénéficier d'un congé parental de six mois (pour un premier enfant) prolongeant le congé maternité. Les femmes allaitantes peuvent profiter de ce congé pour appliquer au mieux les recommandations de l'OMS. Si elles reprennent leur activité professionnelle, d'après l'article L1225-30 du code du travail, les salariées allaitant leur(s) enfant(s) disposent à cet effet d'une heure par jour durant les heures de travail, pendant une année à compter du jour de la naissance (18).

En France, malgré ces recommandations et ces dispositions, seulement 39% des enfants étaient encore allaités à 3 mois (10% de façon exclusive, 11% de façon prédominante et 18% recevant aussi des préparations pour nourrissons (PN) du commerce), 20% à 6 mois (plus de la moitié d'entre eux consommaient des PN en complément) et 9% des enfants recevaient encore du lait maternel à 1 an (2).

L'OMS établit des recommandations pour être appliquées dans le monde. Mais, il est difficile de mettre en place une même recommandation dans un pays développé et un pays en voie de développement pour des raisons économiques, politiques et socio-culturels.

En Afrique, il est normal et nécessaire d'allaiter son enfant au-delà de 3 ans. La seule façon de protéger les enfants de la famine, malnutrition, maladies (tuberculose et kwashiorkor¹ par exemple) est de conserver le plus longtemps possible l'apport protéique du lait de leur mère (6). C'est pourquoi, l'allaitement prolongé est ancré dans leur culture, ce qui n'est pas le cas dans les pays occidentaux, dont les conditions d'hygiène et d'accès à de l'eau potable font que ces risques sont amplement minorés.

1.4. Les facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel

Des facteurs influençant de manière négative la durée de l'allaitement maternel ont été mis en évidence (19). Nous pouvons identifier les facteurs liés à la mère non modifiables comme : l'âge maternel (inférieur à 25 ans et supérieur à 30 ans), la primiparité, l'origine ethnique (en effet une étude rétrospective montrait que l'origine caucasienne était négativement associée à la durée de l'allaitement maternel (20)), l'obésité, la chirurgie mammaire, l'absence d'expérience de la mère, le niveau d'étude, le statut socio-économique, une grossesse non planifiée et le mode d'accouchement par césarienne.

Nous pouvons notamment identifier les facteurs modifiables liés à la mère comme : le tabac, la décision d'allaitement, la durée d'allaitement envisagée, l'absence de participation aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité, la non utilisation du tire-lait, les difficultés à l'allaitement (mauvais positionnement de l'enfant au sein pouvant provoquer des crevasses, engorgements et douleur mammaire) l'absence de confiance en soi, l'anxiété et la dépression du post partum.

¹ Syndrome de malnutrition protéino-énergétique sévère de la première enfance

Nous pouvons distinguer des facteurs concernant l'entourage maternel : l'absence de soutien du partenaire et de l'entourage ainsi que le statut marital, le niveau d'étude du père et le mode de garde de l'enfant qui ont un impact sur la longévité de l'allaitement maternel.

L'enfant a lui aussi une influence concernant la durée de son allaitement, en effet, un âge gestationnel extrême (inférieur à 37 semaines d'aménorrhée ou supérieur à 41 semaines d'aménorrhée), le poids de naissance inférieur à 2,500kg, la perte de poids de plus de 10% par rapport au poids de naissance, les problèmes de succion et l'utilisation de la tétine sont des facteurs influençant de manière négative la longévité de l'allaitement maternel. En ce qui concerne l'utilisation de compléments, une étude suédoise a montré que leur utilisation sans raison médicale diminuait significativement le temps de l'allaitement, mais si l'usage est justifié, alors il n'y a pas d'influence sur la durée (21).

Les facteurs liés au système de soin ont aussi un rôle sur la durée de l'allaitement via : la mise au sein précoce, la proximité mère-enfant la nuit, la pratique de l'allaitement à la demande, la durée de l'hospitalisation, les informations données sur l'allaitement maternel, la connaissance des associations de soutien, le congé maternité, paternité et/ou parental et la reprise du travail.

Tous ces éléments sont à prendre en compte lors de la prise en charge du couple mère-enfant car ils peuvent induire un sevrage précoce, non désiré par la femme allaitante.

1.5. Le sevrage

D'après le nouveau petit Robert (22), le mot « sevrer » vient du mot latin « separe » qui signifie séparer. Ce mot à plusieurs sens, mais les deux qui nous intéressent sont : « Cesser progressivement d'allaiter, d'alimenter en lait (un enfant ou un petit animal), pour donner une nourriture plus solide. » et « Priver (quelqu'un ou quelque chose d'agréable). ».

Nous pouvons en déduire que le sevrage maternel est un arrêt progressif de l'allaitement maternel, qui engendre une privation pour la mère et l'enfant du moment agréable qui est la tétée. C'est pourquoi, le sevrage peut être vécu comme une période difficile pour la mère et son enfant.

L'INPES a réalisé un guide de l'allaitement maternel (11) afin d'informer les femmes allaitantes : « Certains enfants sont très réticents pour prendre le biberon [...] c'est une période qui peut être « difficile » à traverser pour les parents et les enfants ».

Il souligne aussi que les couples peuvent demander « du soutien auprès des professionnels compétents [...]. » Les sages-femmes ont donc un rôle important à jouer

car elles sont des interlocutrices directes et peuvent apporter le soutien nécessaire à leurs patientes.

1.6. Les sages-femmes et l'allaitement maternel en France

Les sages-femmes sont particulièrement concernées par la promotion et le soutien de l'allaitement maternel.

Dans le code de la santé publique, l'article L4151-1, modifié par la loi 2009-879 du 21 juillet 2009, définit la profession et les compétences de la sage-femme (23) : « L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant [...] ». L'accompagnement, le soutien et le sevrage de l'allaitement prennent donc leur place dans les « soins » à procurer à la mère et à l'enfant.

D'après l'article R. 4127-325 du code de déontologie de la sage-femme (24), celle-ci a le devoir de « s'engager à s'assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques que requièrent la patiente et le nouveau-né, dès lors que la sage-femme a accepté de répondre à une demande ». L'article R4127-327 dit que la sage-femme doit « prodiguer ses soins sans se départir d'une attitude correcte et attentive envers la patiente, respecter et faire respecter la dignité de celle-ci ». Ces articles s'appliquent à un grand nombre de sujets, dont l'allaitement maternel.

Les compétences de la sage-femme concernant l'allaitement sont décrites dans le référentiel métier (25). Celui-ci explique que lors de la surveillance du post partum immédiat et tardif, l'accueil du nouveau-né doit se faire en « favorisant la mise en place de l'allaitement, en fonction du rythme du bébé et du choix de la mère » et que la sage-femme doit vérifier « la mise en place de l'allaitement maternel ou artificiel, en étant à l'écoute de la mère, en prodiguant des conseils, en prévenant les complications [...] ». Mais il n'est précisé à aucun moment qu'il faut accompagner la femme allaitante dans le sevrage lors du post partum tardif.

Les sages-femmes ont accès à des diplômes universitaires leur permettant de développer des consultations spécifiques comme le conseil en allaitement. Elles obtiennent donc le statut de « sages-femmes consultantes en lactation » (26).

La sage-femme a un rôle important pendant toute la grossesse, à l'accouchement et dans le post-partum immédiat et tardif ; elle doit prôner l'allaitement maternel en

informant les couples sur les bienfaits de celui-ci, les accompagner et les guider. C'est pourquoi, elle fait partie des soignants principaux et privilégiés vers qui les patients se tourneront pour toute demande. Par exemple, si la patiente se questionne sur : « quand devrais-je sevrer mon enfant ? »

2. Le débat

Bien que les effets bénéfiques de l'allaitement maternel sur la santé soient largement reconnus, les opinions en matière de durée optimale de l'allaitement maternel sont très divergentes. L'essentiel du débat est dirigé sur la période du sevrage.

2.1. L'allaitement maternel au-delà de six mois

2.1.1. Aspects nutritionnels

L'allaitement maternel a fait ses preuves jusqu'aux deux ans de l'enfant. D'après l'OMS (16) : « le lait maternel est aussi une source importante d'énergie et de nutriments pour les enfants de 6 à 23 mois. » En effet, en moyenne, il couvre 70% des besoins énergétiques des enfants âgés de 6 à 8 mois, 55% de 9 à 11 mois et 40% de 12 à 23 mois (27).

Après les deux ans de l'enfant, le lait maternel a-t-il encore un intérêt nutritif ? Il existe très peu de données sur la valeur nourrissante du lait maternel pendant l'allaitement prolongé (au-delà de deux ans).

Une étude Israélienne (28) a montré que le lait humain, fourni par les mères qui ont allaité depuis plus d'un an, contient des taux de graisse et de calories plus importants que les mères qui ont allaité durant de plus courtes périodes. Pendant les allaitements prolongés, la proportion de graisse du lait maternel ingérée par l'enfant peut être importante du point de vue de l'apport énergétique. En effet, une diminution du volume de lait consommé par un enfant qui mange des aliments solides, peut être compensée par une augmentation de la concentration de calories présentes dans le lait maternel. Une des limites de cette étude est qu'il était impossible de mesurer précisément le volume de lait et donc le taux de graisse et de calories consommés au sein par chaque enfant pour des raisons techniques évidentes.

Compte-tenu de cette étude, nous pouvons en déduire que l'allaitement maternel continue de s'adapter à l'enfant d'un an, voire au-delà de deux. Mais il n'apporte que peu

d'éléments nutritifs car l'enfant étant diversifié depuis l'âge de 4 à 6 mois, les substances nécessaires à sa croissance sont apportées par les aliments solides.

Il a été prouvé par plusieurs études (29) (9) (30), que le taux d'anticorps dans le lait maternel ne cesse d'augmenter tout au long de la croissance de l'enfant mais que leur durée de vie reste inchangée ; quelques semaines. L'allaitement maternel apporte des facteurs immunologiques permettant de lutter contre des infections comme nous l'avons énoncé précédemment ; il a donc un rôle majeur chez le jeune enfant dont le système immunitaire est encore immature. C'est lors de la première année de vie de l'enfant, que son système immunitaire va se développer en amassant son « capital de mémoire immunitaire » à chaque rencontre avec un agent infectieux (29). C'est pourquoi, au-delà de deux ans, l'apport de facteurs immunologiques par le lait maternel n'est qu'un surplus de ceux que fabrique l'enfant lui-même.

Pour conclure, nous pouvons dire que l'allaitement maternel tardif apporte peu d'intérêt d'un point de vue nutritionnel même s'il s'adapte à l'enfant plus âgé. Mais il est important de préciser que l'enfant a besoin d'apport lacté jusqu'à ces trois ans, car jusqu'à cet âge, les besoins nutritionnels sont toujours importants. Il est donc nécessaire que l'enfant absorbe quotidiennement : de l'eau, des protéines, glucides, lipides, minéraux (calcium et fer) et des vitamines, notamment les vitamines D et K. Le lait de vache seul ne permet pas d'apporter tous les nutriments indispensables car il est pauvre en fer et en acide gras essentiels et est trop riche en protéines.

Un problème se pose : lors du co-allaitement ou l'allaitement en tandem (allaitement de deux enfants d'âges différents au sein d'une même fratrie ou pendant une grossesse) le lait, s'accommodant au plus jeune enfant, reste-t-il adapté à l'ainé ? Existe-t-il des conséquences pour le fœtus/nouveau-né ?

En effet, lors du dernier mois de grossesse, la femme allaitante produit une quantité moindre de lait, qui se modifiera ensuite pour former du colostrum. Aucune étude n'a révélé d'impact négatif sur la croissance du fœtus in utero, le terme de l'accouchement ou le poids de naissance du nouveau-né lorsque la mère allaitait pendant sa grossesse et qu'elle avait un apport alimentaire correct (29) (32). Concernant l'ainé, le colostrum peut provoquer quelques troubles digestifs dû à son caractère laxatif. Mais ceci importe peu car l'enfant étant diversifié, il n'absorbe qu'une petite quantité de lait. Quoi qu'il en soit, il est important de surveiller l'absence de carences chez la femme allaitante pendant sa grossesse puis pendant sa lactation. De plus il est nécessaire de s'assurer du

développement staturo-pondéral correct des deux enfants allaités, la priorité allant à l'enfant venant de naître.

Dans les premiers jours voire les premiers mois de vie de l'enfant, le côté nutritionnel de l'allaitement maternel prime sur le versant relationnel. Lorsque l'enfant grandit, cette tendance s'inverse : l'allaitement a comme principal but le développement et le maintien d'une relation fusionnel entre la mère et son enfant. Nous sommes donc en accord avec cette citation de la Leche league : « Même s'il est vrai que le lait maternel se modifie naturellement pour s'adapter aux besoins de l'enfant, à ces âges, l'alimentation repose essentiellement sur les aliments solides, et le fait d'allaiter encore est plus de l'ordre de la relation mère/enfant que de l'ordre de la nourriture. C'est une des façons que choisissent certaines mères pour combler les besoins émotionnels de leur enfant et renforcer le lien d'attachement. » (33). La question sur la période du sevrage se pose alors : quand l'enfant doit-il être sevré ?

2.1.2. La phase du sevrage

Les avis sont partagés concernant la période du sevrage ; notamment par rapport à la phase d'apparition ou de disparition des dents de lait. Soranus et Galien étaient deux médecins romains qui ont écrit ce qui devait rester la référence occidentale standard sur les soins prodigués aux nourrissons jusqu'au XVIII^{ème} siècle. Galien pensait que le sevrage complet ne devrait pas être réalisé avant les trois ans de l'enfant, et Soranus pensait que l'enfant ne devait pas être sevré avant l'apparition de toutes ses dents de lait (8). Ou encore, Jacques Ballexserd, médecin, a écrit en 1762 : « Les dents qui leur viennent annoncent que la nature a parlé et que leur estomac encore faible est pourtant assez fort pour digérer les aliments plus solides que le lait. ».

Katherine A. Dettwyler, nutritionniste et professeur d'anthropologie à l'Université du Delaware à Newark, est connue pour son travail sur l'étude de la durée de l'allaitement chez les humains et les autres mammifères, principalement les primates non humains.

Elle a remarqué que chez les primates la durée de gestation est plus longue, le poids de naissance (par rapport au poids adulte) est plus élevé, le cerveau (par rapport au poids corporel total) est plus lourd, la durée de dépendance à l'adulte est plus longue, la maturité sexuelle est plus tardive, la durée de vie est plus longue et l'âge du sevrage complet est plus tardif par rapport aux autres mammifères.

Selon elle, si l'Homme sèvre sa progéniture sur le modèle des primates, en faisant abstraction des croyances et coutumes, la plupart des enfants devraient se sevrer entre 2,5 et 7 ans, ceci déterminé par le poids, la longueur de la gestation et l'éruption dentaire (34).

Une étude (35) a montré que 57% des enfants se sevrèrent spontanément lorsque leur mère les allaite au début d'une nouvelle grossesse. Plusieurs hypothèses ont été émises concernant l'origine du sevrage : changements hormonaux, modification de la composition du lait, ou encore parce que la plupart des enfants arrivaient dans l'âge du sevrage naturel (entre 2 et 6 ans) (3) et se sont arrêtés de téter par leur propre volonté.

2.1.3. Un problème psychologique antérieur

D'après une étude sur la prévalence et la prévention des dépressions pré et postnatales dans l'Est de la France actuellement en cours (de Tychev, 2004) (36), 19,9% des femmes enceintes évaluées ont présenté une dépression prénatale.

Les femmes utiliseraient-elles leur allaitement pour s'auto-soigner ? Plusieurs auteurs ont mis en évidence que l'allaitement pouvait constituer une méthode antidépressive. Exemple : Dublineau et Roman (2004) « l'allaitement prolongé a une fonction antidépressive de réparation ». Il est le témoin « d'une séparation impossible à élaborer pour les deux partenaires ».

Mme Lighezzolo et ses collaborateurs (2005) (37) ont souligné un lien possible entre un deuil mal supporté par la mère et sa volonté d'allaiter longtemps : « Se tourner vers la vie pour dénier la perte, et ne plus avoir à élaborer les affects douloureux qui lui sont rattachés [...] toute séparation générerait pour la mère la réactivation de la perte précédente non élaborée. ». Plus largement, sans parler d'un décès réel, les mères doivent toutes être confrontées à un autre deuil plus imaginaire : la grossesse (38).

Des auteurs comme Delegay-siksou (2003) ou Émile Zola (1907) ont écrit sur ce sujet, en parlant de l'allaitement maternel : « Il contribue au maintien de la fusion mère-nourrisson et prolonge le vécu de la symbiose de la grossesse. » ou encore « Il n'était pas d'épanouissement plus glorieux, de symbole plus sacré de l'éternité vivante : l'enfant au sein de la mère. C'était l'enfantement qui continuait [...]. » (39).

Dolto. F (1984) affirme que ce mode d'échange doit cesser d'être le mode de relation exclusif, voire même dominant entre les deux partenaires.

À l'heure actuelle, la durée optimale de l'allaitement maternelle reste inconnue. L'American Academy of Pediatrics (40) recommande donc l'allaitement pendant au moins un an, et ensuite aussi longtemps qu'il plaira à la mère et à l'enfant.

2.2. Regard social

Les femmes qui allaitent longtemps se sentent souvent jugées. Comme le dit la pédiatre Mme Marie THIRION de manière ironique : « Allaiter en public, c'est indécent », la vision d'une femme qui allaite son enfant qui commence à marcher ou à parler est « carrément obscène » (7). Nous pouvons nous demander quel regard porte le père sur cet allaitement ? L'allaitement tardif a-t-il des répercussions sur les autres enfants de la famille ?

2.2.1. La cellule familiale

Lors de la naissance d'un enfant, il y a un remaniement de la cellule familiale ; le passage de la dyade à la triade. La place du père a donc son importance dans la relation mère et enfant.

De nombreux cliniciens spécialistes de la petite enfance se sont intéressés à ce sujet, comme : Hurstel (1987), Cupa (1994), Aubert-Godard (1999), Parat (2003), Siksou (2003), Dublineau et Roman (2004). Ils ont alors décrit l'importance de la fonction paternelle de séparation dans la construction de l'individuation de l'enfant, passant par la possibilité de se détacher du sein maternel.

Aubert Godard (1999) fait une remarque pertinente en disant que les deux fonctions femme et mère « se trouvent réunies sur le sein, ce qui peut devenir source de confusion et de trouble. » (37). Ou encore, Hélène Parat en se questionnant : « Naissance de l'amour, permanence du désir..., sein nourricier, objet érotique, ou sein érotique, objet nourricier ... comment penser ces oppositions, quels en sont les enjeux, un sein peut-il être à la fois nourricier et érotique ? » (41) (42)

Les avis sont alors partagés, le pédopsychiatre et auteur Marcel Rufo (29 novembre 2003) donne le sien en disant : « Ça ne se partage pas un sein. ».

Les femmes allaitantes ont souvent un taux élevé de prolactine lors des tétées. Cette hormone a pour action la fabrication du lait et induit des comportements de maternage et modifie les cycles du sommeil de la mère afin qu'elle soit plus disponible pour les demandes de son enfant (43). De plus, les premiers jours de vie, l'enfant est « la préoccupation maternelle primaire » d'après Winnicott ; le père peut alors se sentir effacé

dans la triade. Lorsque l'allaitement est prolongé, il peut donc devenir synonyme de l'exclusion paternelle et traduire le maintien d'un lien serré entre la mère et l'enfant (37). L'allaitement maternel peut être un obstacle pour le père à vouloir retrouver l'amante. Gilza Sandre Pereira (2006) (44) rapporte dans son étude les discours d'hommes incapables d'avoir des rapports sexuels avec leur femme allaitante, tant l'intensité de l'image de la mère (en lien avec l'image de leur propre mère) est forte (38). Ce qui engendre à long terme une multiplication des divorces, des mésententes conjugales et augmente les contextes de monoparentalité et de relation duelle (37).

Une autre théorie, contredisant celle ci-dessus, peut être présentée : quelques atouts de l'allaitement favoriseraient, pour certaines femmes, l'envie de rapports sexuels après une tétée. En effet, chez la femme allaitante, des modifications hormonales sont présentes, liées à la sécrétion d'ocytocine et de prolactine qui conduisent la mère dans un état de détente et d'apaisement, ce qui pourrait également profiter à son compagnon.

De plus, l'augmentation de volume de la poitrine permet de donner une image érotique de la femme allaitante, pouvant représenter une attirance sexuelle pour le conjoint (45). Aussi, l'écoulement de lait lors de l'orgasme est vécu par certains hommes de manière excitante et représente « cette preuve tangible de la jouissance de leur partenaire » (43).

Lors de l'arrivée d'un autre enfant, le remaniement de la cellule familiale s'effectue encore une fois : l'enfant qui était cadet devient alors un aîné. Les deux enfants vont devoir entretenir une relation étroite qui, comme le qualifie Rufo.M, « n'est pas choisi mais imposée. » (46). Ce qui peut engendrer des rivalités et jalousies.

L'allaitement maternel peut-il accentuer cette rivalité ? La Leche League répond : « L'aîné est le plus souvent arrivé à un âge où la mère peut discuter avec lui de la situation, afin de trouver des compromis qui pourront être satisfaisants pour tous deux quant au déroulement de ses tétées. La rivalité pour le lait maternel est exceptionnelle chez des non jumeaux allaités, et la sécrétion lactée est généralement suffisante pour les deux enfants. » (32).

2.2.2. La société

La vision de l'allaitement maternel tardif par la société dépend d'un certain nombre de facteurs : la région, les cultures familiales, la durée de l'allaitement, le sexe de l'enfant (plus négative si l'enfant est de sexe masculin).

Les principales craintes de la société sont les répercussions potentielles de l'allaitement prolongé sur l'enfant. Dans les années 1950, la population pensait que l'autisme était dû à un allaitement trop long, ce qui ne fût jamais démontré (38). Aujourd'hui, les frayeurs se portent sur la future sexualité de l'enfant (crainte de l'homosexualité), une future dépendance exagérée de l'enfant envers sa mère, ou encore d'éventuels troubles psychotiques que pourrait développer l'enfant.

D'après le pédopsychiatre, Mr Dugnat. M : « En reprenant les discours populaires, nous avons pu constater que les arguments critiques contre l'allaitement long se basent essentiellement sur la protection de l'enfant, présenté comme victime d'une mère trop accaparante, voire malsaine. » (38).

En effet, la mère est souvent qualifiée d'indécente, malsaine, trop possessive, ou encore incestueuse (38). Gilza Sandre Pereira (44) dit que ce lien entre plaisir de la mère et inceste vient d'une confusion entre la sensation provoquée par une stimulation physique et la signification qu'on lui donne. La sensation provoquée est le plaisir de la mère, plaisir qui appartient aux conceptions archaïques permettant la survie. En effet, l'Homme prend plaisir à manger et à se reproduire ce qui permet de maintenir l'espèce humaine en vie. La question est de savoir si le plaisir pour la mère d'allaiter se rapproche plus du plaisir du coït ou du plaisir d'engendrer la satiété chez son enfant ? La dualité du sein érotique et du sein nourricier apparaît encore une fois à travers ce questionnement.

2.3. Conséquences sur le développement de l'enfant

Le développement de l'enfant se fait, selon Freud, par l'acquisition de plusieurs stades. De la naissance à environ 8 mois, l'enfant se situerait dans le stade oral ; c'est un modèle relationnel d'incorporation dont la majeure partie des expériences sont orales, la succion en fait partie et est pour l'enfant un véritable bonheur. Puis, vient le stade anal vers l'âge d'un an. Aux alentours de cet âge, l'enfant commence à maîtriser ses sphincters et prend du plaisir à retenir ou expulser ses selles. Entre trois et cinq ans, l'enfant entre dans le stade œdipien ; avec le célèbre complexe d'Œdipe, l'angoisse de castration, l'acceptation de la différence des sexes et des générations. Puis la période de latence apparaît entre les six et dix ans de l'enfant. C'est une phase où l'enfant fait preuve de refoulements et/ou de sublimation permettant l'acquisition éducative. Et enfin, la période de l'adolescence qui est une réactualisation des positions œdipiennes ; c'est la dernière

étape du processus de séparation et d'individuation permettant l'aménagement de la personnalité.

Freud pensait que les nourrissons s'attachaient à leur mère parce qu'elles satisfaisaient leurs besoins alimentaires, contrairement à Bowlby, qui a fait le lien entre l'attachement et le besoin de contacts sociaux. L'enfant naît social et se construit au moyen des relations avec les personnes démonstratives qui l'entourent. Ce qui lui permet de plus ou moins se sentir en sécurité en fonction de la façon dont on répond à ses besoins. Bowlby (1978) dit : « La relation mère-enfant est aussi vitale pour le développement général du bébé que les vitamines ou les protéines pour le développement physique. » (47). Car, d'après lui, le lien mère-enfant est un processus instinctif qui permet de garder l'enfant à proximité de la mère pour assurer sa sécurité et donc sa survie. Le lien mère et enfant répond donc à deux besoins nécessaires à la survie de l'enfant selon la pyramide de Maslow (annexe I) : le besoin de sécurité et d'appartenance.

Selon lui, l'attachement commence dès la grossesse et se continue dans les trois premières années de la vie. Il va influencer la façon dont l'enfant va ensuite établir ses relations avec les autres pour le reste de sa vie (47).

Nous pouvons identifier quatre étapes importantes concernant le développement social de l'enfant. Vers ses trois mois, l'enfant explore l'environnement mais il a une confusion entre lui-même et l'autre. À six mois, il va essayer de chercher l'autre pour garder un contact physique, en s'agrippant par exemple. À neuf mois, l'enfant est capable d'observer l'autre pour pouvoir l'imiter, lui rendre son sourire et commence à ressentir la jalousie. Enfin, à dix-huit mois, l'empathie et la volonté d'aider les autres prennent place chez l'enfant.

L'allaitement maternel prolongé empêcherait-il le passage d'un stade freudien à un autre ? Par exemple : l'enfant sevré naturellement à six ans (période correspondant à la phase de latence) a-t-il passé tous les stades, y compris le stade œdipien, ou est-il resté au stade oral ?

Winnicott (1948) qualifiait le sevrage de processus nécessaire de « désillusion », qui permettait à l'enfant de faire l'expérience du manque, puisque « tout sevrage n'est jamais que l'apprentissage de l'accoutumance à un manque » (47). C'est alors qu'apparaîtrait la volonté de parler, de renoncer au plaisir du corps à corps pour le remplacer par un plaisir à distance via le langage. L'allaitement maternel prolongé ne permettrait pas, selon Dolto, de castrer « la langue du téton. ».

Encore aujourd'hui, les potentielles conséquences de l'allaitement prolongé font débat. Marcel Rufo s'exprime : « L'enfant doit pouvoir oublier le plaisir procuré par l'allaitement, n'en garder que des traces inconscientes, et non pas des images précises qui viendraient l'embarrasser. ». La principale interrogation est de savoir si l'enfant pourra développer seulement une gêne ou une dépendance excessive pour sa mère ou encore pire, un trouble du comportement plus tard.

Concernant toutes les études qui vont être citées ci-dessous, la durée précise de l'allaitement maternel n'est pas connue.

Aucune étude n'a montré que l'allaitement maternel nuit à l'autonomie de l'enfant. Au contraire, Mme M Ainsworth (1973) a découvert qu'un attachement sécurisant à la mère par l'allaitement maternel permettait aux enfants de créer des liens avec d'autres enfants et de devenir plus indépendant comparé à un autre groupe d'enfants nourris au biberon. Dans l'étude de Mr Fergusson et Mr Woodward (1999), les enfants allaités pendant une plus longue durée avaient tendance à percevoir leurs mères plus solidaires et moins surprotectrices (48).

D'après une étude de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) (49) datant de 2003, en France, un enfant sur huit présente actuellement des troubles mentaux au cours de son développement (troubles de certaines de leurs activités mentales, qui interfèrent avec leur développement, freinant leurs apprentissages scolaires et compromettant leur devenir par une répercussion sur la qualité de vie au quotidien). Mais à aucun moment l'allaitement maternel prolongé n'a été cité comme facteur de risque.

Une étude sur la relation entre la durée de l'allaitement maternel et les résultats psychosociaux mesurés entre les âges de 15 et 18 ans a été menée dans une cohorte de 999 enfants néo-zélandais (13). Après un ajustement, pour les différentes expositions socio-économiques, psychologiques et maternelles en début de vie, il a été démontré qu'une plus longue durée de l'allaitement maternel était positivement associée à la santé et le bien-être du développement cognitif (QI plus important), éducatif (niveau d'instruction plus élevé) et psychologique (santé mentale) des enfants et des adolescents. Par conséquent, les programmes de santé publique visant à accroître la durée de l'allaitement pourraient être bénéfiques à long terme pour l'enfant et l'adolescent (13).

PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

1. Cadre de la recherche

Nous avons cité précédemment les recommandations de l'OMS concernant l'allaitement maternel : « Les nourrissons devraient être allaités exclusivement au sein pendant les six premiers mois pour une croissance, un développement et un état de santé optimaux. Après six mois, compte-tenu de l'évolution de leurs besoins nutritionnels, les nourrissons doivent consommer des aliments de complément sûrs et adaptés du point de vue nutritionnel, tout en continuant à être allaités au sein jusqu'à deux ans, voire plus. » (1) Malgré ces recommandations l'Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance (ELFE), a publié le 22 septembre 2015 (2) : « Seule une femme sur cinq ayant fait le choix d'allaiter, nourrit encore son bébé à 6 mois ». En effet, l'allaitement maternel comporte des difficultés dans son initiation, sa prolongation et son arrêt car l'influence de l'environnement est très présente. Pour autant, une femme sur cinq franchit ces difficultés et perdure son allaitement maternel pour une durée qui, la plupart du temps, est indéterminée.

1.1. Problématique

Pourquoi certaines femmes font-elles le choix de prolonger leur allaitement au-delà de six mois et comment vivent-elles cette expérience ?

1.2. Hypothèse

Les femmes font ce choix afin de faire perdurer les bienfaits de l'allaitement maternel, mais elles doivent faire face à des difficultés d'ordre social.

1.3. Objectifs de l'étude

Cette étude permet d'accompagner au mieux les femmes souhaitant allaiter ; apporter des conseils adaptés sur la prise en charge et la durée de l'allaitement maternel. Les femmes qui font le choix d'allaiter et qui réussissent à prolonger leur allaitement maternel au-delà de six mois, voire deux ans ont su surmonter les difficultés. Il est donc pertinent de connaître leurs expériences pour pouvoir accompagner et conseiller au mieux les futures patientes. De plus, les femmes souhaitant allaiter longtemps sont susceptibles de pratiquer le co-allaitement, elles pourront donc se tourner vers une sage-femme compétente pour tout questionnement.

La prise en charge de l'allaitement comprend son initiation, sa prolongation mais aussi son sevrage ; période qui est plus ou moins difficilement vécue selon les patientes, c'est donc un enjeu important pour la sage-femme conseillère.

La sage-femme a le devoir de faire la promotion raisonnée de l'allaitement maternel.

2. La méthode

2.1. La technique et le guide d'entretien

L'enquête par entretien constitue une méthode classique et validée de la recherche qualitative. La méthode la plus adaptée pour répondre à notre hypothèse est l'entretien semi-directif. Nous avons donc construit un guide d'entretien (Annexe II) comportant les quatre items suivants :

- Recueil des informations permettant de décrire la population rencontrée
- Les choix effectués autour de l'allaitement maternel
- Les difficultés rencontrées et les aides reçues
- Le vécu de l'allaitement maternel par les femmes allaitantes

La participation des femmes interrogées était basée sur le volontariat, avec le respect de l'anonymat lors de la retranscription des données. Elles ont été contactées par téléphone ou par mails et rencontrées individuellement sur leur lieu d'habitation ou de travail en fonction de leur disponibilité. Pour obtenir une retranscription fidèle, ces entretiens ont tous été enregistrés à l'aide d'un dictaphone avec l'accord des interrogées. Les entretiens ont été menés du mois de janvier 2017 au mois de mai 2017.

2.2. Les enquêtées

Le nombre de 20 entretiens nous permettait d'obtenir suffisamment de résultats pour répondre à notre hypothèse.

L'OMS recommande un allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois, puis une diversification progressive, en conservant si possible le lait de mère comme apport lacté jusqu'aux 2 ans de l'enfant ou au-delà (16). Nous nous sommes donc basés sur ces repères concernant le critère d'inclusion de notre population d'étude. L'entretien de dix mères ayant allaités au-delà de 6 mois et de dix mères ayant allaité au-delà de deux ans s'est avéré pertinent.

Nous avons vu précédemment que l'origine ethnique avait une influence sur la durée de l'allaitement maternel ; en effet une étude rétrospective montrait que l'origine

caucasienne était négativement associée à la durée de l'allaitement maternel (20). C'est pourquoi nous avons inclus dans notre étude seulement les femmes ayant une origine ethnique caucasienne.

Les mères interrogées ont été recrutées dans différents lieux : via des associations au Havre (la maison des familles²), à Rouen et d'autres villes de la région (SOS allaitement 76) et lors d'interrogatoires pendant une consultation gynécologique ou obstétricale.

Les entretiens ont eu lieu au domicile des différentes mères allaitantes, sur leur lieu de travail et dans des lieux publics.

2.3. Analyse

Les entretiens ont tous été retranscrits sur ordinateur (Annexe III). Tous les noms cités sont fictifs et les lieux d'exercices des personnes interrogées sont anonymes.

Pour éviter des tournures de phrases trop lourdes, les citations d'entretiens ne sont pas toujours introduites et « *les entretiens sont cités dans cette police* ». Pour différencier les différentes mères anonymes interrogées, nous les désignerons par E1 pour la première mère interrogée, puis E2 pour la deuxième mère interrogée, etc.

Après avoir retranscrit tous les entretiens, nous avons réalisé une analyse de contenu catégorielle par thématique que nous avons organisée en tableau : tableau d'analyse longitudinale (Annexe IV). L'intégralité de l'entretien apparaît dans le tableau et chaque thématique est identique à tous les entretiens. Les différentes thématiques sont : la présentation des mères allaitantes, leur choix concernant leur(s) allaitement(s), les difficultés qu'elles ont rencontrées, la place du conjoint, la place de l'entourage, le vécu de l'allaitement hors du foyer, le vécu du sevrage, la volonté ou non de renouveler l'expérience et enfin une thématique autre.

Une fois l'analyse longitudinale faite pour chaque entretien, nous avons réalisé une étude transversale, que nous avons organisée une nouvelle fois en tableau : tableau d'analyse transversale (Annexe V).

La méthodologie de l'étude ainsi expliquée, les résultats obtenus à l'issue de ces entretiens et de leurs analyses vont être à présent exposés.

² Structure d'accueil municipale

RÉSULTATS

1. Recueil des informations permettant de décrire la population étudiée

Au sujet du niveau d'étude, la majorité des mères rencontrées ont un niveau d'étude élevé. D'après la classification de l'ONISEP : deux mères ont un niveau I, dix ont un niveau II, cinq ont un niveau III et une seule a un niveau IV. En revanche, nous ne connaissons pas le niveau de formation d'une des mères et une autre était en arrêt maladie, donc nous ne connaissons pas non plus son niveau de formation.

En ce qui concerne l'âge des mères au moment où elles ont eu leur premier enfant : cinq mères avaient entre 20 et 25 ans, sept avaient entre 26 et 30 ans et cinq entre 31 et 35 ans. Nous ne connaissons pas l'âge de trois mères au moment où elles ont eu leur premier enfant.

Cinq mères ont une famille nombreuse (plus de trois enfants), onze ont une famille non nombreuse et quatre ont un enfant unique.

Concernant l'âge des enfants ; le plus âgé avait 12 ans et le plus jeune avait 7 mois. Trois mères n'ont pas cités l'âge de leur(s) enfant(s). Tous les enfants dont nous connaissions l'âge avaient plus de deux ans d'écart avec les autres enfants de la fratrie. Sur les seize mères ayant plusieurs enfants, six ont eu un temps d'allaitement croissant. Sur toutes les mamans entendues huit allaitaient encore au moment de l'entretien (les enfants avaient entre 7 mois et 3 ans). Cinq mères ont pratiqué le co-allaitement, dont une mère pendant sa grossesse (grossesse en cours lors de l'entretien et l'aîné avait 30 mois).

2. Les choix effectués autour de l'allaitement maternel

Concernant le choix de l'allaitement maternel, dix-sept mères avaient fait le choix d'allaiter, dont une même avant le début de sa grossesse. Trois mères n'avaient pas de désir d'allaitement avant la naissance de leur enfant.

En ce qui concerne le désir d'un allaitement prolongé, sur ces dix-sept mères, trois désiraient un allaitement prolongé, huit n'avaient pas d'envie particulière pour cette pratique (certaines mentionnent la notion de découverte) et six ne se sont pas exprimées sur ce sujet.

Les différentes mères se sont exprimées sur les raisons de leur choix concernant leur allaitement : plusieurs mères ont dit que ce choix était « évident » et/ou « logique », d'autres disent avoir essayé et continué l'allaitement maternel car elles y ont trouvé des avantages. En effet, lors de leur allaitement, la majorité des mères décrivent les avantages suivants : six d'entre elles expriment le fait de n'avoir aucune préparation du lait à

effectuer, huit décrivent l'avantage de n'avoir aucun matériel à emmener, deux décrivent la propriété du lait maternel à apaiser l'enfant rapidement et une mère compare le faible coût de l'allaitement maternel versus le lait artificiel. On retrouve plusieurs fois dans ces discours les notions de « simplicité » et de « liberté ». De plus, huit ont décrit les bienfaits de l'allaitement maternel pour elles-mêmes avec des notions comme la notion de plaisir, de naturel, de facilité, de satisfaction et de fierté. Une mère a invoqué l'allaitement maternel comme étant protecteur de sa propre santé : E6 : « 8 : L2 : *C'est bon pour moi parce que j'ai quand même lu beaucoup de chose sur la santé, sur le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus qui sont un peu diminué si on allaite* ».

Les bienfaits de l'allaitement pour l'enfant ont été amplement développés par les mères qui, d'après elles, voulaient donner la meilleure alimentation possible, naturelle et respecter la physiologie de l'enfant. Trois de ces femmes connaissaient et voulaient respecter les recommandations de l'OMS concernant le temps de l'allaitement. Il a été décrit dans certains discours que l'allaitement maternel n'avait pas seulement une fonction alimentaire, en effet, il y a une différenciation entre l'allaitement nutritif et affectif. La notion de proximité avec l'enfant et le côté fusionnel avec la mère ont été plusieurs fois cités. Une mère (E23) décrit même son allaitement comme la prolongation de sa grossesse : « 6 : L2 : *Après oui il y avait la relation avec l'enfant, c'est une petite prolongation de la grossesse* ».

3. Les difficultés rencontrées et les aides reçues

3.1. Les difficultés rencontrées

Lors de leur allaitement maternel, les mères nous décrivent avoir rencontré des difficultés d'ordre anatomiques : huit ont eu des crevasses et six ont eu des engorgements, potentiellement dues à des mauvaises positions de l'enfant et/ou des mauvaises prises du sein citées plusieurs fois. Trois décrivent une forte production de lait, six disent avoir eu des douleurs et deux ont souffert d'une séparation mère-enfant pour des raisons médicales.

Elles ont notamment rencontré des difficultés d'ordre pédiatriques, comme la mauvaise prise de poids de l'enfant, qui est vécue comme angoissante pour les mères. La forte demande de l'enfant est considérée comme étant une difficulté. Concernant les mères qui co-allaitent, il a été décrit que l'ainé demandait de nouveau beaucoup le sein une fois le cadet né. Malgré cette forte demande de l'ainé, ces femmes affirment qu'il n'y a pas de notion de jalousie entre les enfants. Deux des enfants ont présenté une allergie

aux protéines de lait de vache et deux autres enfants ont présenté des pathologies entraînant une séparation mère-enfant.

Les mères ont décrit une valorisation de l'allaitement à ses débuts, puis une augmentation du nombre de remarques et de regards insistants avec le temps. Les remarques étaient redondantes et portaient principalement sur la durée de l'allaitement maternel, le passage au biberon, la quantité de lait donné à l'enfant, l'arrêt de l'allaitement maternel à la reprise du travail, l'allaitement maternel prolongé, son intérêt, l'âge des enfants, leur autonomie, leur proximité avec la mère, le maternage et le sevrage. Les remarques pouvaient être notamment d'ordre sexuel : E13 : « 14 : L2 : *Un pépé une fois, c'était peut-être un pépé salace certainement qui m'a fait « oh madame a une belle laiterie » [...] »*. Certaines femmes se sentent chanceuses de ne pas avoir subi de remarques ou de moqueries : E2 « 36 : L2 : *Non. Jamais rien d'ouvert, j'ai vu des regards, et cetera et cetera et cetera + j'ai vu des gens faire des mines choquées, mais on ne m'a jamais fait de réflexion. Heureusement. Mais j'imagine que ça doit arriver, peut-être, malheureusement pour les personnes qui ont vécu ça. Finalement, j'ai eu cette chance de passer à travers »*.

Dans les discours des différentes mères nous pouvons relever la notion d'étapes, de moments spécifiques où les remarques et les regards commencent. Certaines disent que cela commence à partir du 3^{ème} mois de l'enfant, puis 6 mois, puis un an, voire trois ans. D'autres identifient des étapes par rapport aux acquisitions de l'enfant : l'apparition des dents, l'acquisition de la marche et du langage.

3.2. Un entourage aidant ou non

3.2.1. Le père

Concernant les pères, nous avons pu distinguer plusieurs profils :

- Le profil du père impuissant face aux obstacles, voulant vite sevrer, ayant des difficultés à trouver sa place au sein de la famille, pouvant aller jusqu'au conflit de couple. E4 : « 20 : L2 : *Avec le papa c'était plus compliqué. Il a du mal à trouver sa place dans l'allaitement, en tout cas c'est l'impression que j'ai eu. [...]. Mais ça a été un peu compliqué et conflictuel, il faut le reconnaître, ça met une barrière dans le couple. Et le sevrage de Clémence est un peu lié à ça »*.
- Le profil du père qui évolue avec l'allaitement. Ce sont des pères qui voulaient participer à l'alimentation de l'enfant via le biberon, le couple trouve alors un compromis avec une mère tirant son lait et un père qui le donne au biberon. Concernant le sevrage, ce sont des pères qui souhaitaient un sevrage à une certaine

étape de la vie de leur enfant (par exemple à l'acquisition de la marche) mais qui finalement ont été convaincus par les avantages et les bienfaits de l'allaitement et souhaite un sevrage naturel.

- Le profil du père qui est favorable à l'allaitement, participant fortement aux autres tâches pour aider la mère. Notion de père aidant, soutenant, confiant envers la mère, l'enfant et l'allaitement. Deux mères ont déclaré qu'elles n'auraient pas réussi leur allaitement sans le soutien de leur conjoint. E11 : «10 : L2 : *Et si j'ai pu l'allaiter comme ça, c'est vraiment grâce à mon mari [...]* ».

Peu importe le profil du père, la décision concernant le choix de l'allaitement maternel revenait principalement à la mère et était acceptée (dans la majorité de cas) ou non par le père.

Nous avons demandé aux femmes si elles avaient constaté un changement dans leur vie sexuelle dû à l'allaitement. Certaines ne décrivent pas de changement, d'autres mentionnent un changement dû, non pas à l'allaitement, mais plutôt à l'accouchement et/ou à l'arrivée d'un enfant dans le foyer, voire dans le lit conjugal (car huit d'entre elles ont pratiqué le co-dodo). Les freins aux rapports sexuels après l'accouchement sont : l'épisiotomie/déchirure périnéale, les saignements, le dérèglement hormonal post accouchement ou dû à la contraception, entraînant une baisse de la libido, une phase de non séduction : E1 : « 36 : L2 : *Non après, tant qu'on dégouline de partout, tant qu'on est encore en sous-vêtements dans le lit, c'est pas forcément les moments où on est le plus à son avantage* ». Les freins dus à l'arrivée de l'enfant sont : un temps réduit consacré au couple, la grande proximité physique de l'enfant et la pratique du co-dodo. Une mère a déclaré avoir eu une baisse de la libido due à un dérèglement hormonal causé par l'allaitement maternel.

Concernant la poitrine, certaines femmes affirment qu'elles n'ont pas ressenti de changement alors que d'autres en décrivent. Dans un premier temps, nous pouvons distinguer les modifications physiques ; avec une augmentation de volume ou au contraire une diminution du volume mammaire, plus ou moins bien vécue allant jusqu'à être qualifiée de frein à l'allaitement. Une grande sensibilité mammaire a été décrite de nombreuses fois, cette sensibilité pouvait être, elle aussi, plus ou moins bien vécue par les femmes. En effet, certaines ne souhaitaient plus les caresses de leur conjoint sur cette zone. De plus, des pertes de lait pendant les rapports sexuels ont été qualifiées de gênantes pour les mères qui en avaient. Dans un second temps, nous pouvons distinguer les modifications de la représentation du corps. Quatre femmes ont fait nettement la différence entre le sein érotique et le sein nourricier. E6 : «22 : L2 : *Pour moi ce n'est*

pas la même chose l'organe sexuel et l'organe nourricier. La différence se fait très bien». Et une femme décrit sa difficulté à distinguer les deux représentations du sein en privilégiant nettement le sein nourricier : E4 : « 22 : L2 : [...] on est plus maman que femme quand on allaite. On a beau se sentir femme, on est quand même des mamans avant tout. Au niveau des seins c'est un peu compliqué de partager avec le papa et le bébé ».

Tous ces changements ont pu engendrer des modifications dans le couple et chez le conjoint, en effet, certaines mères disent que ces changements n'étaient pas dérangeants et n'empêchaient pas d'avoir des rapports sexuels. D'autres affirment qu'elles ont dû s'adapter et parfois ont dû faire appel à leur créativité : E2 : « 24 : L2 : Bah du coup, oui, forcément, ça change les choses au niveau intimité, mais bon après on se débrouille autrement. On essaie d'être créatif». D'autres disent que leurs conjoints ont eu des difficultés à trouver leur place, ce qui a pu générer des conflits : E4 : « 22 : L2 : On a beau se sentir femme, on est quand même des mamans avant tout. Au niveau des seins c'est un peu compliqué de partager avec le papa et le bébé. C'est ça aussi la source de conflit, pour moi, ça a toujours été les enfants en premier, donc un papa relégué en second plan, donc ça peut se comprendre qu'il n'arrive pas trop à trouver sa place et à être démuni ».

3.2.2. La famille

Concernant la pratique de l'allaitement maternel au sein de la famille des mères interrogées, plusieurs tableaux ont été mis en évidence. Soit la famille et/ou belle-famille pratiquaient l'allaitement maternel, soit elles ne le pratiquaient pas. Mais au sein d'une même famille et/ou belle-famille, les pratiques pouvaient être différentes. En effet, certaines femmes expliquent qu'elles ont été nourries au biberon de lait artificiel mais que leur(s) sœur(s) et/ou belle(s)-sœur(s) ont choisis d'allaiter leur(s) enfant(s). Sur tous les entretiens, cinq mères avaient une famille qui pratiquait l'allaitement maternel et neuf avaient une famille qui ne pratiquait pas, les autres ne se sont pas prononcées.

Même si l'allaitement a été pratiqué dans la famille, certaines décrivent une société dans laquelle les femmes allaitantes ont peu de modèles. E1 : « 54 : L2 : Je pense qu'il ne devait pas y avoir beaucoup de femmes + enfin + après c'est peut-être un a priori, mais je n'ai tellement pas vu de femme allaiter dans mon entourage que ++ Pour moi c'était tellement une excentricité», E2 « 28 : L2 : Au moins, ça les familiarise avec la chose, parce que dans notre société, c'est vrai qu'on ne voit pas beaucoup de femmes

qui allaitent. Moi personnellement, avant d'allaiter mes enfants, je n'avais jamais été confrontée à ça quoi».

Les femmes sont nombreuses à dire qu'elles avaient le soutien de leur famille pour l'allaitement précoce de leur(s) enfant(s), mais par la suite, elles avaient des questionnements, des interrogations allant jusqu'aux remarques lorsque l'allaitement se prolongeait. Il y a une notion de respect, d'acceptation et de non jugement pour certaines familles et des notions de remarques redondantes et de moqueries cachées pour d'autres. Une des mères a demandé ouvertement à sa famille d'arrêter les remarques. Certaines mères n'abordent pas le sujet avec leur famille qui n'est pas informée de la prolongation de l'allaitement, afin d'éviter ce genre de désagréments. Mais ces femmes trouvent du soutien généralement auprès de leurs amis et parfois avec d'autres intervenants, comme la nourrice. E14 : « 28 : L2 : [...] une personne que je n'ai pas mentionnée du coup, et qui a été d'un grand soutien notamment psychologique c'est ma nounou, mon assistante maternelle. C'est quelqu'un qui a pris beaucoup de temps pour se renseigner sur l'allaitement maternel [...]».

3.3. Les professionnels de santé

Les femmes ont fait appel à de nombreux intervenants durant leur allaitement ou même avant la grossesse pour une mère : sage-femme et puéricultrice de la maternité, sage-femme libérale, médecin traitant, PMI, conseillère et consultante en lactation, pédiatre et même ostéopathe. On retrouve dans les entretiens les notions d'aide, de soutien, d'encouragement, d'écoute, de conseils à bon escient, de non jugement, de respect et même la notion d'un sauvetage de l'allaitement. E6 « 14 : L2 : *Et j'ai eu la chance de rencontrer une consultante en lactation, et c'est ça, c'est le fait d'être suivie qui m'a aidé, surtout pour Lucie, c'est ça qui a sauvé l'allaitement*». Certaines mères encouragent les femmes allaitantes à aller consulter une conseillère en lactation et disent être redevables envers les professionnels qui les ont aidées : E6 « 10 : L2 : *Donc je remercie les sages-femmes que j'ai rencontrées* ».

Malgré ces prises en charge appréciées par les mères, celles-ci décrivent de nombreux problèmes qu'elles ont rencontrés en lien avec les professionnels de santé.

La problématique qui a été la plus citée par les mères (huit fois) est celle de la discordance des discours des différents professionnels, ainsi que la connaissance incomplète, voire la méconnaissance des professionnels de santé à propos de l'allaitement maternel et surtout de l'allaitement maternel prolongé. E21 : « 22 : L2 : *Après je sais que selon le personnel qu'on avait, il y avait des pros ou des moins + enfin il y en avait qui s'y connaissaient*

plus ou moins et on peut être perdu. Même avec différentes personnes qui ont accouché là-bas, en discutant, on a des fois des discussions qui sont complètement inverses au niveau des conseils, on peut être vite perdu. On nous dit tout et son contraire». E10 : « 20 : L2 : On a beau aller aux urgences maternité, ce n'est pas pour autant qu'ils connaissent et quand ils ne connaissent pas finalement ils ne regardent pas et ils donnent des traitements sans regarder si c'est bon ou pas pour l'allaitement».

Concernant les problèmes vécus à la maternité, une mère déclare avoir été moins bien prise en charge à la maternité par un personnel trop occupé et potentiellement en sous-effectif : E6 : « 8 : L2 : Et c'était en octobre et il y a un pic de naissances à cause de la St Valentin ou je ne sais pas quoi, du coup elles étaient débordées, ça s'est vu tout au long qu'elles étaient blindées et en sous-effectif». Une mère a déclaré avoir eu l'impression que le personnel soignant ne lui faisait pas confiance. E25 : «24 : L2 : Donc c'était compliqué d'avoir tous ces gens autour, sans avoir la même version. Et qui nous aident pas forcément et qui surtout ne nous faisaient pas confiance».

De plus, les mères disent vouloir être mieux préparées à l'allaitement maternel avant la naissance, car d'après elles, les cours de préparation à la naissance et à la parentalité seraient incomplets. E25 : «24 : L2 : [...] moi si je devais dire ce qui me gêne et ce qui gêne en France c'est qu'on est pas du tout préparé à l'allaitement, franchement pendant la préparation, on a beau dire qu'on veut allaiter heu bon aller on a une heure ou deux de parole c'est tout, et encore c'est si on le demande. Mais il n'y a rien de concret, il n'y a rien de + on n'est pas préparé».

Une fois le retour à domicile, plusieurs mères ont décrit les difficultés qu'elles ont rencontrées pour trouver des professionnels de santé, afin de les aider dans leurs démarches. E12 : « 20 : L2 : Parce que là, les personnes qui habitent en ville et qui ont des problèmes de mobilité ne peuvent pas + les consultant en lactation ce n'est pas toujours + on ne sait pas toujours que ça existe et où s'adresser pour avoir des rendez-vous».

De nombreuses mères se sont senties responsables et ont très mal vécu la « mauvaise prise de poids » de leur(s) enfant(s). Mais une des mères a mis en avant une problématique d'ordre technique : l'utilisation par les professionnels de santé des anciennes courbes de poids (antérieures à 2006) du carnet de santé. Celles-ci ne prennent pas en compte le type d'allaitement de l'enfant, ce qui pouvait provoquer une courbe de poids faussement en dessous de la moyenne pour un enfant allaité au sein. E10 : « 26 : L2 : Même la PMI c'était toujours le problème, parce qu'ils se fient toujours à la courbe

de croissance sur le carnet de santé du coup ça n'allait pas parce qu'elle ne prenait pas suffisamment de poids».

Les mères ont cité d'abondantes remarques qu'elles avaient reçues de la part de différents professionnels de santé, entraînant parfois une forte culpabilité maternelle. E9 : « 24 : L2 : *Par contre pour les CMS ou la PMI, il y a encore des progrès à faire ++ parce que les jugements de valeurs ++. J'y suis allée une fois toute seule et elle m'a fait pleurer*». E4 : « 16 : L2 : *En gros ce que ce médecin-là m'a dit c'est que c'était à cause de l'allaitement que ma fille était malade. Venant d'un médecin, on a beau se dire qu'il n'y connaît rien en allaitement, il ne sait pas de quoi il parle, il en parle quand même, on ressort on n'est pas très très bien, c'est hyper culpabilisant. Ça, ça m'avait vraiment dérangé* ». E6 : « 26 : L2 : *Je n'ai pas trouvé de réconfort à aucun moment avec un pédiatre. Ils pensent connaître et ils ne connaissent pas. Ils sont très importants pour les parents, ils ont beaucoup d'influence*». De plus, les mères disent que certains professionnels de santé ne respectaient par leur choix et les incitaient au sevrage. E4 : « 28 : L2 : *La PMI d'ailleurs ++ il y a des choses à dire. J'ai eu des remarques comme « quand est-ce que vous allez la sevrer, il est peut-être temps »*. Ce qui avait pour conséquence, des réponses inexactes de la part des mères concernant la durée de leur allaitement et l'initiation du sevrage. E4 : « 28 : L2 : *À chaque fois que j'y allais j'en avais. Donc au bout d'un moment, c'est un peu dommage mais je leur disais « oui, oui c'est en cours »*. Et puis j'éluais la question, je leur disais « oui, oui là elle ne tète plus » alors que ce n'est carrément pas vrai». L'autre conséquence est que les mères demandaient de ne plus avoir de conseils de la part des professionnels et étaient fermées à ceux qu'on leur donnait suite à des discours hostiles. E8 : « 30 : L2 : *Le pédiatre et cetera non, parce qu'ils chantaient un discours très hostile, ils voulaient tout régler sous les horaires, non, non pas du point de vue des médecins. Je me suis fermée à leurs conseils, je n'ai pas posé de questions [...]*». E8 : « [...] *les médecins n'étaient pas du tout favorables à ce que j'allaite enceinte, parce que pour eux ça pouvait provoquer un accouchement précoce. C'est vrai que j'avais eu des contractions à certains moments, mais bon, j'ai fait ma forte tête, j'ai continué* ».

3.4. Les associations

La quasi-totalité des mères (dix-neuf) ont fait appel à une association, certaines avant la naissance de leur enfant et une mère avant même le début de sa grossesse. E22 : « 6 : L2 : *Ça a été quelque chose de très important pour moi, ça a été un point de départ. Quand on a décidé de faire un enfant, j'ai récupéré le papier SOS allaitement si jamais*

j'avais un problème, alors que je n'étais même pas encore enceinte». Les différentes associations nommées par les mères sont : SOS allaitement 76 (principalement car citée dans huit entretiens), la maison des familles au Havre, la Leche League, Galatée, Matern'et lait, Solidarilait, Allaiter les pieds sur Terre et différents réseaux sociaux.

Ces mères expliquent qu'elles ne demandent pas forcément d'aide mais souhaitent surtout parler et échanger sur l'allaitement. En effet, les groupes de parole dans ces différentes associations sont très appréciés. Le désir de ces femmes est de ne pas être isolées et veulent rencontrer d'autres mères allaitantes. Elles considèrent ces groupes associatifs comme un soutien dans une période qu'elles qualifient de « faiblesse » et de « démotivation rapide ». E9 : « 24 : L2 : *Ce n'était pas pour qu'elle me montre comment mettre au sein mais plutôt pour se rassurer. [...] On est à ce moment-là dans une période où l'on n'est pas fort et si on entend tout et n'importe quoi, on peut se laisser vite démonter. Donc le soutien est appréciable quand on peut avoir un réseau comme ça de lieux d'écoute parents –enfants où l'on rencontre d'autres mamans. C'est juste des partages d'expérience, c'est tout mais ça suffit. On se rassure et on rentre chez soi et ça va mieux*». Le but recherché par ces femmes est, d'après elles, de se motiver, de partager des expériences passées (bonnes et/ou mauvaises) ainsi que des astuces (comme le port en écharpe) et se rassurer.

Ces femmes décrivent, encore une fois, un manque d'informations, qu'elles compensent par des recherches personnelles ; par de la lecture (les auteurs principalement cités sont Claude-Suzanne Didierjean-Jouveau et Marie Thirion) ou par la fréquentation de ces associations. Elles expliquent qu'elles doivent aller chercher l'aide et l'information nécessaires car elles ne sont pas reçues spontanément. E17 : « 24 : L2 : *Heu non, spontanément de l'aide non. J'ai su trouver de l'aide dans des associations de mamans mais spontanément non*». Certaines mères ont découvert la pratique de l'allaitement prolongé ainsi que celle du co-allaitement lors de la fréquentation de ces associations. Elles se qualifient comme étant « non familiarisées avec cette pratique ». E17 : « 6 : L2 : *Ce n'était pas quelque chose à laquelle j'étais familiarisée mais finalement ça m'a paru bah pas aussi bizarre qu'au début j'aurais pu avoir + à la base sans avoir d'enfant je me serais dit « oh la la au-delà de six mois c'est n'importe quoi ». J'avoue que j'avais moi-même des a priori mais au fur et à mesure que mon fils a grandi je me dis que ça lui correspondait bien, qu'il n'y avait rien de bizarre là-dedans*». E13 : « 26 : L2 : *J'ai vu des mamans, avant de faire du co-allaitement, j'ai vu une maman qui en faisait donc ça aussi, jamais je m'étais dit que j'aurais un autre enfant et que voilà, je ne me jette pas là-dedans et puis le fait d'en voir on se dit « ça existe pourquoi pas ? » et puis voilà*».

Elles parlent notamment d'un nombre insuffisant de lieux d'échange, dans une société où l'allaitement revient d'actualité. E17 : « 24 : L2 : *C'était sympa, il y avait une permanence téléphonique s'il y avait des soucis de crevasses, de baisse de lait, et cetera. On avait toujours quelqu'un au bout du téléphone qui pouvait nous conseiller et des moments d'échange entre mamans autour d'un goûter. Et ça je trouve que c'est des moments hyper importants quand on allaite, faut savoir se retrouver avec d'autres mamans qui allaitent et qui savent ce qu'elles font parce qu'on est dans une société où finalement l'allaitement ça a tendance à revenir* ». E12 : « 20 : L2 : *Moi je trouve qu'il n'y a pas assez d'endroits où on peut parler de l'allaitement parce que l'association à laquelle je vais c'est quand même dans la campagne et c'est pas facile d'accès* ».

De nouveau, les femmes mettent en avant lors des entretiens, des désaccords dans les différents discours entre les professionnels de santé et les associations. E25 : « 24 : L2 : *Et surtout que les médecins sont complètement en désaccord avec la leche league [...]* ». Néanmoins, une mère déclare avoir arrêté sa fréquentation dans une des associations qu'elle considérait comme trop sectaire, avec des pensées plus ou moins extrémistes. E9 : « 8 : L2 : *Du coup on rencontre des gens avec des pensées plus ou moins extrémistes. Il y a des choses que j'ai mises de côté parce que je ne suis pas non plus une sectaire [...]* ».

4. Le vécu de l'allaitement maternel par les femmes allaitantes

4.1. Doutes et remises en question

En lien avec les difficultés présentées ci-dessus, les femmes se sont questionnées et se sont parfois remises en question. Elles se sont principalement interrogées sur la quantité de lait qu'elles pouvaient donner à leur enfant et par conséquent l'impact sur leur santé, la reprise du travail, la raison de leur allaitement (est-ce pour elle ou pour l'enfant ?) E4 : « 12 : L2 : *Pleins de remarques comme ça, qui sont dures à encaisser, qui remettent en question, parce qu'on a beau avoir un beau réseau de soutien, il y a des moments où l'on se dit « c'est vrai, je le fais peut-être pour moi, peut-être que mon bébé n'a pas besoin de ça »* ». Elles se questionnent notamment sur l'allaitement maternel prolongé et la pratique du co-allaitement, pratiques qu'elles considèrent comme étant très peu connues et elles s'interrogent sur comment allaiter un enfant qui a des dents et comment gérer deux enfants allaités. Elles se questionnent aussi sur le sevrage : le moment du sevrage et comment l'initier.

Dans nos différents témoignages nous avons pu retrouver à plusieurs reprises la notion de mères gênées par l'allaitement maternel prolongé dû aux regards extérieurs

qualifiés de pesants et aux remarques désobligeantes. Elles parlent d'une société dans laquelle la pratique de l'allaitement maternel est peu connue (d'autant plus pour l'allaitement maternel prolongé). Les notions de curiosité, d'incompréhension, de visons fausses de l'allaitement, voire de jugement de la société apparaissent dans plusieurs témoignages. E17 : « 18 : L2 : *Les remarques c'est souvent de gens qui ne nous connaissent pas suffisamment assez. Les gens qui nous connaissent suffisamment vont nous poser des questions et la discussion va être envisagée. On va pouvoir en discuter, on va pouvoir expliquer ce qu'on fait et pourquoi. Par contre des gens qui ne nous connaissent pas vont vite aller sur le jugement* ». Certaines femmes se mettent alors à l'écart pour éviter ces désagréments, elles parlent de club fermé. Quelques mères ont admis ne pas vouloir divulguer leur allaitement maternel prolongé à leur entourage. Certaines évoquent la notion d'une société qui n'est pas ouverte à une pratique différente, avec la notion de « pensée occidentale ». E4 : « 12 : L2 : *On est dans une société très pudique quand même et du coup, une femme qui allaite, ça dérange* ».

Une mère nous avoue avoir elle-même jugé l'allaitement maternel prolongé avant de l'avoir vécu. E19 : « 16 : L2 : *Avant d'allaiter, quand certaines collègues me disaient « j'ai allaité deux ans », moi j'ai répondu « où est la fusion mère enfant ? Faut décrocher. Le lait maternel c'est pour les tous petits bébés ». Mais on dit ça parce qu'on ne connaît pas, tant qu'on ne l'a pas vécu + « une fois que la diversification est faite on peut passer à autre chose ». Et maintenant je suis passée de l'autre côté par l'expérience mais je comprends par contre ce regard qui peut être posé parce que c'est tellement rare et peu connu, ça pose forcément question aux personnes qui n'ont pas connu ça* ».

4.2. Pratique de l'allaitement maternel dans les lieux publics

Certaines femmes disent qu'elles n'ont pas rencontré de difficultés pour allaiter dans des lieux publics, contrairement à d'autres qui expriment la notion de pudeur, de mal être avec son corps, de problème de positionnement de l'enfant et cela dès la maternité, notamment avec les visites, ou plus tard quand l'enfant grandit. Ces mères expliquent, lors des entretiens, qu'elles se sont adaptées et ont dépassé ces difficultés en faisant passer les besoins de l'enfant en priorité. La majorité de ces femmes souhaitaient et se disaient discrètes en « prenant des précautions » via différentes techniques : utilisation de voile, de foulard, de vêtements spécialisés pour l'allaitement (cape, T-shirt), utilisation de deux T-shirts dont un avec une grande encolure, utilisation de l'écharpe de portage. D'autres voulaient se mettre à l'écart : allaitement dans la voiture, avec le coussin d'allaitement pour être mieux installées, dans une cabine d'essayage, dans une chambre lorsqu'elles

étaient invitées à l'extérieur. E12 : « 14 : L2 : *Donc j'ai allaité par exemple dans une forêt ou dans un parc, je me mettais un peu à l'écart des gens, au pied d'un arbre et on a l'impression que je fais un câlin à ma fille* ». Malgré cette volonté de discrétion, ces mères affirment recevoir des remarques, positives et/ou négatives, des regards insistants et parfois, des regards offusqués. Cette expérience est tantôt mal vécue et tantôt fait l'objet de fierté maternelle. Certaines femmes ont refusé l'isolement et n'ont pas demandé l'autorisation d'allaiter dans les lieux publics. E17 : « 22 : L2 : *j'essayais de faire ça discrètement. Maintenant je n'ai jamais demandé l'autorisation à qui que ce soit d'allaiter. Ça m'est déjà arrivé de m'asseoir au rayon surgelé et d'allaiter mon bébé parce qu'elle avait deux mois et qu'elle crevait de faim et que ça n'allait pas attendre, et j'ai eu des regards horribles de certaines vieilles dames. Mais bon, ça ne m'atteignait pas plus que ça* ».

Pour le co-allaitement dans les lieux publics, les mères demandaient aux grands enfants, en âge de comprendre, de patienter pour pouvoir allaiter à un moment plus opportun et dans un lieu plus discret, ou alors, elles détournaient l'attention de l'enfant pour qu'il puisse passer à une autre activité. Cette pratique pouvait être vécue par les mères, comme étant pesante avec une intimité réduite car elles déclarent avoir la poitrine très vite découverte par l'enfant. E13 : « 14 : L2 : *Parfois c'est un peu pesant, parfois le co-allaitement en public c'est quand même + c'est moins d'intimité qu'un allaitement avec qu'un seul enfant. Là on sort les deux seins, je ne suis pas super pudique mais je n'ai pas trouvé de super technique, parce que vraiment on a les deux seins de sortis quoi. J'essaie de cacher vaguement un truc au milieu et cetera mais un seul petit bout de sein c'est facile à sortir mais deux c'est plus compliqué* ».

4.3. Pratiques de l'allaitement maternel au travail

Sur les vingt femmes allaitantes, dix n'avaient pas repris le travail parce qu'elles étaient soit étudiantes soit, majoritairement, en congé parental. Les mères qui avaient repris leur activité ont pu aménager leurs horaires de travail et tiraient leur lait, qu'elles mettaient au réfrigérateur ou dans une glacière. En tout, quinze mères ont utilisé le tire-lait.

Certaines femmes ont décrit des collègues qui ne comprenaient pas leur choix, tout en le respectant, ou non. Une des mères a subi des insultes sur son lieu de travail, expérience très mal vécue pour celle-ci, la poussant à aller jusqu'à porter plainte. E6 : « 24 : L2 : [...] *j'ai un collègue qui était fort gêné du fait que je tire mon lait. Il trouvait que j'étais fainéante et que je ne faisais rien au travail parce que je passais mon temps à* «

essorer mes mamelles » comme il disait [...] Donc beaucoup de mépris de jalousie et donc j'ai porté plainte. Il disait que j'étais « une grosse vache allaitante » avec « mes mamelles » je ne sais pas quoi [...]. Je n'avais plus du tout envie d'aller à ce travail [...] J'ai continué à travailler sachant que j'avais porté plainte contre lui. J'ai mis du temps à m'en remettre de ça. Et j'ai été tellement déçue [...] ».

À l'inverse, d'autres femmes ont bénéficié du soutien de leurs collègues, qui comprenaient et parfois pratiquaient l'allaitement maternel prolongé. E14 « 22 : L2 : *Les collègues étaient au courant aussi parce que je mettais le lait dans le frigo commun. J'ai eu plus des remarques positives en disant que c'était courageux, pas de remarques négatives non. Mais ce qui a bien aidé, pas pour Jason mais pour Elsa, j'avais une collègue en même temps qui tirait aussi, du coup c'était notre moment ».*

Avec ces multiples témoignages, nous pouvons énumérer différents problèmes rencontrés liés au travail et à sa reprise :

- La difficulté de la mère à laisser son enfant pour reprendre son activité
- Des pièces non adaptées sur le lieu de travail pour pouvoir allaiter dans des conditions correctes
- L'heure légale d'allaitement refusée par l'employeur (parfois au contraire acceptée voire encouragée : E12 : « 16 : L2 : *Donc mon patron été content que j'allaité et puis au boulot j'ai plein de collègues qui ont allaité aussi longtemps que moi».*)
- Remarques et insultes des collègues
- Notion d'isolement car utilisation du temps de pause pour tirer le lait et donc ce temps n'est pas partagé avec les collègues
- Mastites à répétition à la reprise du travail dues à l'utilisation du tire-lait non productive
- Non acceptation du biberon par l'enfant même avec du lait de mère à l'intérieur, donné avec une tétine spéciale allaitement maternel. Cette problématique engendre une utilisation du tire-lait non motivante et non productive pouvant provoquer des douleurs mammaires, ainsi qu'une angoisse parentale d'un enfant ne se nourrissant pas en leur absence.

C'est pourquoi, de nombreuses femmes ont été réticentes à reprendre le travail. Une mère a déclaré se sentir incapable de reprendre le travail en même temps que son

allaitement : E21 : « 28 : L2 : *J'ai pas du tout travaillé dans la période où j'ai allaité donc ça c'est sûr, je pense que, ça aurait été impossible pour moi* ».

4.4. Le vécu du sevrage

Il y a différents types de sevrages constatés : soit le sevrage a été induit par l'enfant, soit induit par la mère ou suite à la demande du médecin. Deux mères n'ont pas encore envisagé le sevrage de leur enfant.

Concernant le sevrage induit pas l'enfant, sevrage qualifié de « naturel », une mère a énoncé une théorie ; celle du désir et du besoin. Celle-ci explique que si l'enfant n'a plus besoin de téter (car il se sent assez grand et confiant), il n'en éprouvera plus le désir et induira le sevrage de lui-même. E6 : « 8 : L2 : *Et j'ai envie de faire confiance en la nature et de faire confiance à mon fils. Pour qu'à un moment donné il se sente grand et de ne plus avoir besoin de venir prendre le tété parce qu'il aura envie d'autre chose et c'est clairement ce qu'il est en train d'arriver* ». D'autres mères expliquent que l'enfant a induit le sevrage suite à une maladie ou à une diminution de l'envie de téter : E10 : « 10 : L2 : *C'est parce qu'il était malade et qu'il m'a fait une gastro c'est pour ça que ça s'est arrêté à 14 mois plus ou moins parce qu'il voulait plus ou moins manger* ». Ou encore lors du changement de goût du lait maternel en colostrum dû à une grossesse en cours. Le sevrage naturel a été plus ou moins bien vécu par les mères, certaines d'entre elles parlent de culpabilité (le fait de ne plus pouvoir nourrir son enfant) voire de deuil : E21 : « 32 : L2 : *Et voilà ça s'est arrêté naturellement. Pour moi c'était comme un deuil, parce qu'en plus je ne sais pas si j'en aurais un troisième ou pas, mais je savais qu'il fallait que je sois sûre de ma décision parce qu'après on ne peut pas revenir en arrière, et c'était quand même quelque chose de magique et j'étais contente d'avoir vécu ça* ».

Plusieurs raisons ont poussé les mères à induire le sevrage : la reprise du travail, le démarrage d'une nouvelle grossesse chez une mère ne voulant pas pratiquer le co-allaitement, mais surtout le fait de vouloir arrêter l'allaitement long. Onze mères ont induit le sevrage et disent en avoir eu marre d'allaiter, voulant retrouver leur corps et une certaine liberté, ne voulant plus être dépendante d'un enfant demandeur. Certaines mères disent être réduites à un rôle dans un allaitement contraignant. E9 : « 30 : L2 : [...] *je me dis que ça fait plus de dix ans que j'allaité, des fois c'est lourd, des fois je suis fatiguée, des fois ça me réduit des fois à un rôle* ».

Plusieurs méthodes ont été décrites pour amorcer le sevrage. Certaines mères parlent de négociations avec l'enfant sur la date du sevrage : E3 : « 30 : L2 : *Et puis un jour on lui a dit « tu choisis une date et puis ce jour-là c'est fini* ». *C'est Baptiste qui a choisi la*

date». D'autres espacent les tétées en détournant l'attention de l'enfant. La notion de « retour en arrière » a été décrite, c'est-à-dire que l'enfant avait la possibilité de demander de nouveau le sein en fonction de ses besoins, car ce sevrage pouvait être plus ou moins bien accepté par l'enfant. En effet, l'arrêt des tétées la nuit a été décrite comme difficile pour les mères, devant être compensées par une proximité physique importante, chez un enfant très demandeur. Les mères ont décrit leurs enfants comme étant des enfants très tactiles, même après le sevrage. E14 : « 16 : L2 : *Il a toujours ce truc, Jason, même encore maintenant, voilà, il faut qu'il me touche. Quand il s'endort, quand il est fatigué, il faut qu'il me touche là quoi (au niveau du décolleté), donc il a gardé ce contact, je pense que ça le rassure* ».

Une dualité a été retrouvée dans plusieurs discours de mères : le désir d'un sevrage naturel, induit par l'enfant et un allaitement ne dépassant pas un certain âge, ou une certaine étape : E19 : « 20 : L2 : *Donc un désir d'un sevrage naturel mais peut-être pas assumé en maternelle* ». On retrouve la notion de pudeur, de limites, de gênes pour allaiter un enfant plus grand en public. Certaines mères parlent même de contacts moins agréables avec l'enfant, voire d'agression, entraînant par la suite une culpabilité maternelle. E3 : « 4 : L2 : *[...] ça devenait très désagréable émotionnellement, ça devenait presque une agression quand il venait, c'était très dur* ».

Que ce soit un sevrage induit par la mère ou par l'enfant, la notion de douceur a été citée plusieurs fois : E17 : « 26 : L2 : *Ça s'est toujours fait avec de la discussion et avec beaucoup de patience, tout en douceur*». Contrairement au sevrage induit par un traitement thérapeutique, entraînant une grande culpabilité de la mère et une adaptation difficile de l'enfant. En effet, une mère a eu un sevrage non désiré, induit par un traitement suite à un engorgement et une autre a dû prendre un traitement non compatible avec l'allaitement. E10 : « 20 : L2 : *du coup j'avais beau mettre ma fille au sein, elle pleurait parce qu'il n'y avait plus rien. [...] Je n'ai pas demandé à arrêter l'allaitement aussi brutalement et que ++ et que ça se passe comme ça. Un sevrage très brutal et difficile pour moi, beaucoup de mal à accepter et j'en ai beaucoup voulu à l'interne en question* ».

4.5. Volonté ou non de renouveler l'expérience

Malgré toutes les difficultés que ces femmes ont rencontrées lors de leur(s) allaitement(s), elles sont toutes unanimes concernant leur volonté de renouveler l'expérience si cela était possible. Certaines voudraient allonger le temps d'allaitement en prenant un congé parental, d'autres souhaiteraient un sevrage naturel. Ces femmes

disent être fières et heureuses d'avoir vécu cette expérience et la recommandent autour d'elles. E19 : « 26 : L2 : *Alors là royalement. Je n'y vois que des bénéfices, il n'y a rien à retirer et au contraire je suis très heureuse d'avoir vécu cette expérience-là, très, très heureuse* ».

DISCUSSION

1. Validation de l'hypothèse et réponse à la problématique

Rappelons la problématique et l'hypothèse de notre travail : Pourquoi certaines femmes font-elles le choix de prolonger leur allaitement au-delà de six mois et comment vivent-elles cette expérience ? Les femmes font ce choix afin de faire perdurer les bienfaits de l'allaitement maternel, mais elles doivent faire face à des difficultés d'ordre social.

1.1. Pourquoi certaines femmes font-elles le choix de prolonger leur allaitement au-delà de six mois ?

Nous souhaitons répondre dans ce paragraphe à la première partie de notre problématique : « Pourquoi certaines femmes font-elles le choix de prolonger leur allaitement au-delà de six mois ? ». Dix-sept femmes ont fait le choix d'allaiter et elles ont toutes prolongé leur allaitement car elles y ont trouvé des avantages. Ces avantages ont été décrits dans la revue de la littérature, comme les bienfaits pour l'enfant, notamment grâce aux anticorps maternels apportés permettant de lutter contre les infections. Trois mères ont voulu suivre les recommandations de l'OMS concernant la durée de leur allaitement (allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois puis diversifier l'enfant tout en continuant de l'allaiter jusqu'à ses deux ans voire plus). Un autre avantage décrit de nombreuses fois par les mères est celui du lien créé entre elles et leur(s) enfant(s), comme l'indique l'auteur J. Delegay-Siksou à propos de l'allaitement maternel : « Il contribue au maintien de la fusion mère-nourrisson et prolonge le vécu de la symbiose de la grossesse ». La notion d'un apport qui n'est pas seulement nutritif, mais aussi affectif a été développée.

Nous pouvons ainsi répondre à la première partie de notre problématique et confirmer également la première partie de notre hypothèse : Les femmes font ce choix afin de faire perdurer les bienfaits nutritifs et surtout relationnels de l'allaitement maternel.

1.2. Comment vivent-elles cette expérience ?

Nous souhaitons maintenant répondre dans les paragraphes suivants à la deuxième partie de notre problématique : « comment vivent-elles cette expérience ? ». Grâce à notre étude nous avons pu mettre en lumière des difficultés d'ordre social qu'ont rencontrées ces

mères au cours de leur allaitement lors de son initiation, de sa prolongation et de son sevrage.

1.2.1. Difficultés à l'initiation

Précédemment dans la revue de la littérature, nous avons décrit des facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel de façon négative. L'âge maternel (inférieur à 25 ans et supérieur à 30 ans) et la primiparité en font partie. Nous pouvons mettre en lien cette information avec la population étudiée. En effet, sur les vingt mères entendues, cinq avaient entre 20 et 25 ans et cinq avaient plus de 30 ans au moment où elles ont eu leur premier enfant. Quatre mères avaient un enfant unique lors de notre entretien. Ces mères confirment que cette situation les a mises en difficultés, car certaines décrivent une société dans laquelle les femmes allaitantes ont peu de modèles et ne sont pas assez préparées à cette pratique.

Les mères interrogées ont rencontré des difficultés d'ordre anatomiques : crevasses, engorgements, mauvais positionnement de l'enfant et/ou des mauvaises prises du sein, forte production de lait et douleurs mammaires. Ces différentes complications ont elles aussi été décrites dans la revue de la littérature.

Ces mères ont notamment rencontré des difficultés d'ordre pédiatriques, comme la séparation mère-enfant à la naissance, la mauvaise prise de poids de l'enfant (vécue comme angoissante pour les mères) et l'utilisation de compléments pour des enfants ayant une allergie aux protéines de lait de vache. Ces complications ont été décrites dans la revue de la littérature. Mais une problématique n'avait pas été abordée auparavant ; celle de l'utilisation des anciennes courbes de poids. En effet, dans les carnets de santé actuels, les courbes de poids ne prennent pas en compte le type d'allaitement (contrairement à celles réalisées par l'OMS).

Concernant les problèmes vécus à la maternité, une mère déclare avoir été moins bien prise en charge à la maternité par un personnel trop occupé et potentiellement en sous-effectif. Une fois de retour à domicile, plusieurs mères ont décrit les difficultés qu'elles ont rencontrées pour trouver des professionnels de santé, afin de les aider dans leur désir d'allaiter. Une fois les professionnels rencontrés, elles se sont retrouvées face à des discours discordants, ainsi qu'une connaissance incomplète, voire la méconnaissance des professionnels de santé à propos de l'allaitement maternel et surtout de l'allaitement maternel prolongé.

1.2.2. Difficultés à la prolongation

La majorité des mères disent avoir bénéficié d'un soutien pendant l'allaitement précoce de leur(s) enfant(s), mais par la suite, elles avaient des questionnements, des regards insistants, des remarques voire des moqueries lorsque l'allaitement se prolongeait. Les remarques portaient principalement sur : la durée de l'allaitement maternel, le passage au biberon, la quantité de lait donné à l'enfant, l'arrêt de l'allaitement maternel à la reprise du travail, l'allaitement maternel prolongé, son intérêt, l'âge des enfants, leur autonomie, leur proximité avec la mère, le maternage et le sevrage. Les remarques pouvaient être notamment d'ordre sexuel. Ces éléments sont en adéquation avec notre revue de la littérature. En effet, nous avons cité le pédopsychiatre, Mr Dugnat. M : « En reprenant les discours populaires, nous avons pu constater que les arguments critiques contre l'allaitement long se basent essentiellement sur la protection de l'enfant, présenté comme victime d'une mère trop accaparante, voire malsaine. » (38)

Les auteurs de ces remarques pouvaient être : des inconnus lors d'un allaitement dans un lieu public, des collègues de travail, des professionnels de santé, l'entourage voire le conjoint. En lien avec les difficultés présentées ci-dessus et un manque de soutien, ces femmes se sont questionnées et se sont parfois remises en question.

Concernant l'allaitement maternel dans les lieux publics, les mères ont été nombreuses à exprimer la notion de pudeur, de mal être avec leur corps, de problème de positionnement de l'enfant et cela dès la maternité, notamment avec les visites, ou plus tard quand l'enfant grandit. La majorité de ces femmes souhaitaient et se disaient discrètes. Certaines se mettaient à l'écart, en allaitant dans la voiture, avec le coussin d'allaitement pour être mieux installées, dans une cabine d'essayage, dans une chambre lorsqu'elles étaient invitées à l'extérieur. Le but étant de ne pas être dérangées.

Pour le co-allaitement dans les lieux publics, les mères demandaient aux grands enfants, en âge de comprendre, de patienter pour pouvoir allaiter à un moment plus opportun et dans un lieu plus discret, ou alors, elles détournaient l'attention de l'enfant pour qu'il puisse passer à une autre activité. Cette pratique pouvait être vécue par les mères, comme étant pesante avec une intimité réduite car elles déclarent avoir la poitrine très vite découverte par l'enfant.

Nous avons cité auparavant l'article L1225-30 du code du travail, indiquant que les salariées allaitant leur(s) enfant(s) disposent à cet effet d'une heure par jour durant les heures de travail, pendant une année à compter du jour de la naissance (18). Ce droit a été appliqué pour certaines des femmes interrogées. En effet, les mères qui avaient repris

leur activité ont pu aménager leurs horaires de travail et tiraient leur lait, qu'elles mettaient au réfrigérateur ou dans une glacière. Mais une mère nous a expliqué qu'elle n'a pas pu bénéficier de son heure d'allaitement sur son lieu de travail car dans l'éducation nationale, ce droit n'existait pas. Or, d'après la Loi n°84-16 du 11 janvier 1984 art. 34-5°, du Décret n° 2010-745 du 1er juillet 2010 portant application pour les agents publics de l'article 32 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004, de financement de la sécurité sociale pour 2005 et de la Circulaire FP/4 n°1864 du 9 août 1995, ce droit est applicable pour toutes les professions.

En plus des difficultés rencontrées pour faire appliquer leur droit, les femmes ont rencontré d'autres difficultés d'ordre social sur leur lieu de travail. Par exemple, une des mères a subi des insultes sur son lieu de travail. Cette expérience a été très mal vécue par celle-ci, la poussant à aller jusqu'à porter plainte contre un de ses collègues.

Avec ces multiples témoignages, nous avons pu énumérer dans l'analyse, différents problèmes rencontrés liés au travail et à sa reprise. C'est pourquoi, de nombreuses femmes ont été réticentes à reprendre le travail. Une mère a déclaré s'y sentir incapable en même temps que son allaitement. Cette analyse est en lien direct avec notre revue de la littérature indiquant que la reprise du travail est un facteur influençant de manière négative la durée de l'allaitement maternel.

Comme nous l'avons cité, la problématique la plus abordée par les mères est celle de la discordance des discours des différents professionnels de santé. Ainsi que la connaissance incomplète, voire la méconnaissance des professionnels de santé à propos de l'allaitement maternel et surtout de l'allaitement maternel prolongé. Nous pouvons émettre plusieurs hypothèses face à cette problématique :

- La pratique de l'allaitement est trop peu connue en France. Rappelons les résultats de l'Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance (ELFE), publiée le 22 septembre 2015 (2) : « Seule une femme sur cinq ayant fait le choix d'allaiter, nourrit encore son bébé à 6 mois ».
- Les professionnels de santé ne sont pas suffisamment formés et ne connaissent pas les recommandations de l'OMS.
- La formation sur l'allaitement maternel n'est pas homogène pour les différents professionnels de santé.
- Les professionnels de santé ne mettent pas à jour leur formation concernant l'allaitement maternel.

Les mères ont cité d'abondantes remarques qu'elles avaient reçues de la part de différents professionnels de santé, entraînant parfois une forte culpabilité maternelle. De plus, elles se sont plaint de certains professionnels de santé ne respectant par leur choix et les incitaient au sevrage. Ce qui avait pour conséquence, des réponses inexactes de la part des mères concernant la durée de leur allaitement et l'initiation du sevrage. L'autre conséquence est que les mères demandaient à ne plus recevoir de conseils de la part des professionnels et étaient fermées à ceux qu'on leur donnait suite à des discours hostiles. Rappelons que, d'après l'article R. 4127-325 du code de déontologie de la sage-femme (24), le devoir de celle-ci est de « s'engager à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques que requièrent la patiente et le nouveau-né, dès lors que la sage-femme a accepté de répondre à une demande ». Et d'après l'article R.4127-327, la sage-femme doit « prodiguer ses soins sans se départir d'une attitude correcte et attentive envers la patiente, respecter et faire respecter la dignité de celle-ci ».

Concernant l'entourage familial, neuf femmes allaitantes avaient une famille qui ne pratiquait pas l'allaitement maternel. Certaines mères n'abordaient pas le sujet avec leur famille qui n'était pas informée de la prolongation de l'allaitement, afin d'éviter les désagréments énoncés précédemment. Ces femmes se sentent peu soutenues par leur famille, ce qui engendre des doutes et des remises en questions concernant leur pratique de l'allaitement maternel prolongé. Élément que nous avons développé dans notre revue de la littérature : l'absence de soutien de l'entourage est un facteur défavorable à la longévité de l'allaitement maternel.

Nous avons vu que l'absence de soutien du conjoint était aussi un facteur défavorable à la longévité de l'allaitement maternel. En effet, les premiers jours de vie, l'enfant est « la préoccupation maternelle primaire » d'après Winnicott ; le père peut alors se sentir effacé dans la triade. Lorsque l'allaitement est prolongé, il peut donc devenir synonyme de l'exclusion paternelle et traduire le maintien d'un lien serré entre la mère et l'enfant (37). Ce qui engendre à long terme des mésententes conjugales avec un désir de sevrage pour le père, non partagé par la mère. Ce fut le cas pour certaines mères interrogées. E4 : « 20 : L2 : Avec le papa c'était plus compliqué. Il a du mal à trouver sa place dans l'allaitement, en tout cas c'est l'impression que j'ai eu. [...]. Mais ça a été un peu compliqué et conflictuel, il faut le reconnaître, ça met une barrière dans le couple. Et le sevrage de Clémence est un peu lié à ça ».

Concernant la vie sexuelle, certaines mères mentionnent un changement dû, non pas à l'allaitement, mais plutôt à l'accouchement et/ou à l'arrivée d'un enfant dans le foyer, voire dans le lit conjugal (car huit d'entre elles ont pratiqué le co-dodo). Ce qui engendre une réduction du temps consacré au couple. Alors que d'autres mères déclarent un changement dans leur vie sexuelle causé par l'allaitement : une mère a déclaré avoir eu une baisse de la libido due, selon elle, à un dérèglement hormonal et d'autres mères ont constaté des modifications mammaires mal vécues. Les modifications au niveau de la poitrine sont principalement des douleurs mammaires et des pertes de lait gênantes au quotidien et notamment durant les rapports sexuels. Mais il y a aussi la modification de la représentation du corps. Ce qui nous amène au questionnement d'Hélène Parat : « Naissance de l'amour, permanence du désir..., sein nourricier, objet érotique, ou sein érotique, objet nourricier ... comment penser ces oppositions, quels en sont les enjeux, un sein peut-il être à la fois nourricier et érotique ? » (41) (42) Les femmes ont spontanément répondu : quatre femmes ont fait nettement la différence entre le sein érotique et le sein nourricier. E6 : « 22 : L2 : *Pour moi ce n'est pas la même chose l'organe sexuel et l'organe nourricier. La différence se fait très bien* ». Et une femme décrit sa difficulté à distinguer les deux représentations du sein en privilégiant nettement le sein nourricier : E4 : « 22 : L2 : [...] *on est plus maman que femme quand on allaite. On a beau se sentir femme, on est quand même des mamans avant tout. Au niveau des seins c'est un peu compliqué de partager avec le papa et le bébé* ».

Face à ces changements et aux difficultés rencontrés par les mères, les conjoints ont pu se retrouver démunis et impuissants, souhaitant un sevrage non désiré par la mère.

Ces mères pouvaient alors se sentir parfois isolées et incomprises. Elles trouvaient majoritairement réconfort dans des groupes d'échange dans certaines associations de soutien à l'allaitement maternel. Mais d'après elles, le nombre de lieux d'échange est insuffisant, d'autant plus dans une société où l'allaitement maternel est de nouveau d'actualité. Une autre problématique a été notamment abordée concernant les associations : le désaccord dans les discours entre les professionnels de santé et les associations. Une mère déclare avoir arrêté sa fréquentation d'une des associations qu'elle considérait comme trop sectaire, avec des pensées plus ou moins extrémistes. E9 : « 8 : L2 : *Du coup on rencontre des gens avec des pensées plus ou moins extrémistes. Il y a des choses que j'ai mises de côté parce que je ne suis pas non plus une sectaire [...]* ».

1.2.3. Difficultés au sevrage

Nous avons vu que l'allaitement maternel était la continuité de la grossesse, un lien fictif qui relie la mère à l'enfant. Nous avons cité Émile Zola (1907) : « Il n'était pas d'épanouissement plus glorieux, de symbole plus sacré de l'éternité vivante : l'enfant au sein de la mère. C'était l'enfantement qui continuait [...]. » (39). Le sevrage pouvait être une période difficile à vivre pour les mères, car il pouvait être vécu comme un deuil (celui de la grossesse). Ce fut le cas dans notre étude pour plusieurs mères : E21 : « 32 : L2 : *Et voilà ça s'est arrêté naturellement. Pour moi c'était comme un deuil, [...]* ». E11 : « 22 : L2 : *Le jour où je n'allaiterais plus je pense que ce sera compliqué, j'aurais un deuil à faire, ça c'est sûr* ».

La principale problématique des mères était de savoir quand fallait-il sevrer l'enfant. Nous avons cité Marcel Rufo : « L'enfant doit pouvoir oublier le plaisir procuré par l'allaitement, n'en garder que des traces inconscientes, et non pas des images précises qui viendraient l'embarrasser ». Une dualité a été retrouvée dans plusieurs discours de mères : le désir d'un sevrage naturel (induit par l'enfant) et un allaitement ne dépassant pas un certain âge, ou une certaine étape (comme la marche ou l'entrée à l'école par exemple). Onze mères ont induit le sevrage et disent en avoir eu marre d'allaiter, voulant retrouver leur corps et une certaine liberté, ne voulant plus être dépendante d'un enfant demandeur. Certaines mères disent être réduites à un rôle dans un allaitement contraignant. E9 : « 30 : L2 : [...] *je me dis que ça fait plus de dix ans que j'allaite, des fois c'est lourd, des fois je suis fatiguée, des fois ça me réduit des fois à un rôle* ».

Plusieurs méthodes ont été décrites pour amorcer le sevrage. Certaines mères parlent de négociations avec l'enfant sur la date du sevrage. D'autres espacent les tétées en détournant l'attention de l'enfant. La notion de « retour en arrière » a été décrite, c'est-à-dire que l'enfant avait la possibilité de demander de nouveau le sein en fonction de ses besoins, car ce sevrage pouvait être plus ou moins bien accepté par l'enfant. En effet, l'arrêt des tétées la nuit a été décrite comme difficile pour les mères, devant être compensées par une proximité physique importante, chez un enfant très demandeur. Nous en avons déduit que le sevrage pouvait être mal vécu autant pour la mère que pour l'enfant.

En conclusion, nous pouvons valider notre hypothèse : les femmes font ce choix afin de faire perdurer les bienfaits de l'allaitement maternel, mais elles doivent faire face à des difficultés d'ordre social. Ces femmes sont confrontées à des complications tout au long de leur allaitement ; lors de son initiation, de sa prolongation et de son sevrage. Elles rencontrent des difficultés d'ordre anatomique, pédiatrique et principalement d'ordre

social auprès de : leur conjoint, leur entourage, leurs collègues de travail, des professionnels de santé et d'inconnus.

2. Comment ont-elles surmonté ces difficultés ?

Comme nous l'avons montré dans la revue de la littérature, la nulliparité et le faible niveau d'étude font parti des éléments favorisant le sevrage. Dans nos entretiens, la majorité des femmes avaient un haut niveau d'étude et avaient au moins deux enfants ; facteurs favorisant la longévité de l'allaitement maternel grâce à l'expérience acquise.

La décision d'allaiter, la durée d'allaitement envisagée, la participation aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité et la confiance en soi sont des éléments favorisant la prolongation de l'allaitement maternel. Ce fût le cas pour la grosse majorité des femmes étudiées : 17 d'entre elles avaient fait le choix d'allaiter, dont une même avant sa grossesse. Elles se sont exprimées sur les raisons de leur choix concernant leur allaitement : plusieurs mères ont dit que ce choix était « évident » et/ou « logique », d'autres disent avoir essayé et continué l'allaitement maternel car elles y ont trouvé des avantages, que nous avons cités précédemment.

Nous avons vu notamment que la reprise du travail était défavorable à la prolongation de l'allaitement maternel. Or, dans notre étude, dix mères n'avaient pas encore repris d'activité au moment où nous les avons rencontrées. Les autres ont pu bénéficier de l'heure d'allaitement, ont aménagé leurs horaires de travail et tiraient leur lait, qu'elles mettaient au réfrigérateur ou dans une glacière. En tout, quinze mères ont utilisé le tire-lait ; pratique qui, comme nous l'avons vu, permet d'allonger le temps d'allaitement.

Concernant l'allaitement maternel dans les lieux publics, certaines femmes ont affirmé qu'elles n'ont pas rencontré de difficultés, contrairement à d'autres qui ont exprimé la notion de pudeur et de mal être avec leur corps. Ces mères expliquent, lors des entretiens, qu'elles se sont adaptées et ont dépassé ces obstacles en faisant passer les besoins de l'enfant en priorité. Pour lutter contre ces difficultés, les femmes nous ont fait partager leurs astuces : utilisation de voile, de foulard, de vêtements spécialisés pour l'allaitement (cape, T-shirt), utilisation de deux T-shirts dont un avec une grande encolure, utilisation de l'écharpe de portage. Ou encore en se mettant à l'écart : en pratiquant l'allaitement dans la voiture, avec le coussin d'allaitement pour être mieux installées, dans une cabine d'essayage, dans une chambre lorsqu'elles étaient invitées à l'extérieur. Ce qui permet, d'après elles, d'allaiter en toute discrétion.

Le soutien de l'entourage et du conjoint est très important et permet aux mères d'améliorer leur confiance en elles et de continuer leur allaitement maternel : éléments démontrés dans la revue de la littérature. Deux mères ont déclaré qu'elles n'auraient pas réussi leur allaitement sans le soutien de leur conjoint. E11 : «*10 : L2 : Et si j'ai pu l'allaiter comme ça, c'est vraiment grâce à mon mari [...]* ». Malheureusement, comme nous l'avons montré auparavant, certaines femmes ont dû faire face à des difficultés et des désaccords au sein de leur couple. Certaines ont réussi à dépasser ces difficultés grâce à la communication avec leur conjoint. Le couple a dû s'adapter à de nouvelles pratiques et trouver des compromis. En ce qui concerne les douleurs mammaires et les pertes de lait lors des rapports sexuels, les femmes ont dû encore une fois, adapter leurs pratiques : en portant un soutien gorge et en demandant à leur conjoint de ne plus caresser cette zone sensible.

Nous avons vu que la connaissance et la fréquentation des associations de soutien était un élément favorable à la longévité de l'allaitement maternel. Ce fut le cas pour la quasi-totalité des mères de notre étude. En effet dix-neuf d'entre elles avaient connaissance d'une association de soutien à l'allaitement maternel. Ces mères expliquent qu'elles ne demandaient pas forcément d'aide mais souhaitaient surtout parler et échanger sur l'allaitement. En effet, les groupes de parole dans ces différentes associations sont très appréciés. Le désir de ces femmes est de ne pas être isolées et de rencontrer d'autres mères allaitantes. Elles considèrent ces groupes associatifs comme un soutien dans une période qu'elles qualifient de « faiblesse » et de « démotivation rapide ». Ces groupes d'échanges leurs ont permis de se motiver, de partager des expériences passées (bonnes et/ou mauvaises) ainsi que des astuces (comme le port en écharpe) et de se rassurer. Certaines mères ont découvert la pratique de l'allaitement prolongé ainsi que celle du co-allaitement lors de la fréquentation de ces associations.

Concernant le sevrage, nous avons vu qu'il pouvait être mal vécu autant par la mère que par l'enfant. Mais qu'il soit induit par l'un ou par l'autre, la notion d'un sevrage effectué avec douceur a été citée plusieurs fois. De plus, toutes les femmes interrogées sont unanimes concernant leur volonté de renouveler l'expérience si cela était possible. Elles se disent être fières et heureuses d'avoir vécu cette expérience et la recommandent autour d'elles. E19 : «*26 : L2 : Alors là royalement. Je n'y vois que des bénéfiques, il n'y a rien à retirer et au contraire je suis très heureuse d'avoir vécu cette expérience-là, très, très heureuse* ».

3. Perspectives et ouvertures de notre recherche

Le rôle de la sage-femme et des autres professionnels de santé est de repérer et d'anticiper les difficultés que pourront rencontrer les mères souhaitant allaiter. Il faut alors repérer les facteurs de risques (détaillés dans la revue de la littérature) et mettre en place des conduites à tenir adaptées.

Les femmes sont demandeuses d'avoir plus d'informations pendant la grossesse concernant l'allaitement. Elles demandent notamment à ce que le chapitre concernant l'allaitement maternel, lors de la préparation à la naissance et la parentalité, soit plus développé pour les futures mères qui le souhaitent.

Les mères interrogées ont souffert de nombreuses complications d'ordre anatomique, telles que les crevasses, le mauvais positionnement de l'enfant, des engorgements, etc. et cela dès la maternité. Il est du devoir des professionnels de santé de la maternité d'encadrer (dès la salle de naissance) l'allaitement maternel afin d'éviter ces complications, de les dépister et de les prendre en charge précocement.

Nous avons pu mettre en lumière, grâce à notre étude, une problématique d'ordre technique : l'utilisation par les professionnels de santé des anciennes courbes de poids (antérieures à 2006) du carnet de santé. Nous avons énoncé que celles-ci (contrairement à celles réalisées par l'OMS) ne prenaient pas en compte le type d'allaitement de l'enfant. Il serait donc pertinent de faire une étude comparative de ces deux courbes de poids, dont la population étudiée serait des enfants allaités au sein uniquement. Nous pourrions notamment comparer les conséquences de l'utilisation des courbes de poids du nouveau carnet de santé (2018) par rapport à l'ancien.

Nous avons vu que : la reprise du travail, l'utilisation du tire-lait non productive ou le refus de l'enfant de prendre le biberon était des facteurs favorisant le sevrage. Il est donc important que les sages-femmes (ou les autres professionnels de santé) informent les femmes de leurs droits : congé maternité, congé parentale et l'heure d'allaitement au travail. Ces femmes pourront bénéficier de cette heure d'allaitement pour pouvoir faire une mise au sein ou utiliser un tire-lait. Il serait judicieux de leur faire une démonstration de l'utilisation de cet outil dès la maternité et d'en expliquer les avantages et les inconvénients.

Nous avons préalablement démontré que le soutien du conjoint était un élément important pour favoriser la longévité de l'allaitement maternel. Nous avons pu distinguer différents profils de pères : le père impuissant face aux difficultés et voulant un sevrage rapide, le père qui évolue avec l'allaitement et le père qui est favorable à l'allaitement.

Après avoir étudié le vécu des mères, il serait pertinent d'étudier le vécu des pères d'enfants allaités au sein.

Face aux discours discordants des différents professionnels, il serait nécessaire que tous les professionnels de santé aient connaissance des recommandations de l'OMS et aient une formation homogène et continue concernant l'allaitement maternel. D'autant plus que certaines formations sont gratuites, tel que le MOOC (Massive Online Open Course) consacré à l'allaitement maternel, disponible depuis octobre 2017. Il serait pertinent de réaliser une étude concernant la connaissance des professionnels de santé sur le sujet de l'allaitement maternel.

Les mères ont exprimé à plusieurs reprises leurs difficultés lors du sevrage de leur(s) enfant(s). La sage-femme a un rôle majeur à jouer dans l'accompagnement de l'allaitement maternel : dans son initiation, sa prolongation et le sevrage. Nous avons vu que le sevrage pouvait être aussi mal vécu par les enfants. Il pourrait être intéressant de réaliser une étude sur le vécu des enfants allaités tardivement et sur les conséquences développementales (physiques et intellectuelles) que pourrait avoir l'allaitement maternel prolongé en France. Une étude similaire a été réalisée en Nouvelle Zélande. Celle-ci étudiait la relation entre la durée de l'allaitement maternel et les résultats psychosociaux mesurés entre les âges de 15 et 18 ans dans une cohorte de 999 enfants néo-zélandais (13). Il a été démontré qu'une plus longue durée de l'allaitement maternel était positivement associée à la santé et le bien-être du développement cognitif (QI plus important), éducatif (niveau d'instruction plus élevé) et psychologique (santé mentale) des enfants et des adolescents. Par conséquent, les programmes de santé publique visant à accroître la durée de l'allaitement pourraient être bénéfiques à long terme pour l'enfant et l'adolescent (13).

Les femmes qui ont décrit un manque d'informations, l'ont compensé par des recherches personnelles, par de la lecture ou par la fréquentation d'associations. Elles expliquent qu'elles doivent aller chercher l'écoute, l'aide et l'information nécessaires car elles ne sont pas reçues spontanément. C'est pourquoi il est du devoir des professionnels de santé de donner à ces femmes une écoute attentive, des références bibliographiques, ainsi que les coordonnées d'associations de soutien pertinentes et adéquates. Il est ainsi normal et nécessaire de discuter du désir des mères concernant leur allaitement sans jugement.

4. Critique de la méthodologie

4.1. Les points forts

Les entretiens ont été menés en veillant à toujours garder un climat bienveillant, créant une confiance et respect mutuel. Ce climat a permis de mener un nombre conséquent d'entretiens, tous avec un niveau de détail suffisant permettant ainsi de nourrir les analyses de ce mémoire.

Lors de notre étude, nous avons pu éviter un biais de sélection car les enquêtées ont été recrutées dans différents lieux à Rouen et au Havre : PMI, associations, consultations gynécologiques et obstétricales.

Le guide des entretiens, ayant été réalisé au moment de notre revue de la littérature, a permis de mieux identifier les difficultés qu'ont rencontrées les femmes allaitantes et comment elles les ont surmontées. Tous les entretiens ont été enregistrés l'aide d'un dictaphone avec l'accord des interrogées, puis retranscrits fidèlement afin de respecter les propos de ces femmes.

Ce travail a permis de mettre en lumière deux pratiques peu connues concernant l'allaitement maternel : l'allaitement maternel prolongé et le co-allaitement.

4.2. Les points faibles

Les entretiens ont été réalisés sur la base du volontariat, à participer ou non à ce mémoire, ce qui est une limite retrouvée dans de nombreuses études menées par les étudiants sages-femmes.

Notre étude étant rétrospective, avec des entretiens semi-directifs, le biais de mémoire était inéluctable. En effet, seulement huit des vingt femmes interrogées avaient un allaitement en cours lors de l'entretien.

CONCLUSION

D'après l'OMS : « Les nourrissons devraient être allaités exclusivement au sein pendant les six premiers mois pour une croissance, un développement et un état de santé optimaux. Après six mois, compte-tenu de l'évolution de leurs besoins nutritionnels, les nourrissons doivent consommer des aliments de complément sûrs et adaptés du point de vue nutritionnel, tout en continuant à être allaités au sein jusqu'à deux ans, voire plus. » (1). Malgré ces recommandations et d'après l'Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance (ELFE), publié le 22 septembre 2015 (2) : « Seule une femme sur cinq ayant fait le choix d'allaiter, nourrit encore son bébé à 6 mois ». En effet, l'allaitement maternel comporte des difficultés dans son initiation, sa prolongation et son arrêt car l'influence de l'environnement est très présente. Pour autant, ces mêmes femmes franchissent ces difficultés et perdent leur allaitement maternel pour une durée qui, la plupart du temps, est indéterminée.

Nous nous sommes interrogés : Pourquoi certaines femmes font-elles le choix de prolonger leur allaitement au-delà de six mois et comment vivent-elles cette expérience ? Grâce à dix témoignages de femmes ayant allaité plus de six mois et dix ayant allaité plus de deux ans, nous avons pu conclure qu'elles font ce choix afin de faire perdurer les bienfaits nutritifs et surtout relationnels de l'allaitement maternel. Mais elles sont confrontées à des difficultés d'ordre anatomique, pédiatrique et principalement d'ordre social auprès de : leur conjoint, leur entourage, leurs collègues de travail, des professionnels de santé et d'inconnus.

Pour dépasser ces difficultés, les mères font des besoins de l'enfant une priorité. Certaines dissimulent leur allaitement (voire leur co-allaitement) et recherchent du réconfort auprès d'autres femmes allaitantes, dans des groupes de paroles et/ou dans des associations de soutien à l'allaitement maternel.

Une autre problématique a été abordée par les mères : celle du sevrage. Une dualité a été retrouvée dans plusieurs discours : le désir maternel d'un sevrage naturel (induit par l'enfant) et un allaitement ne dépassant pas un certain âge, ou une certaine étape (comme la marche ou l'entrée à l'école par exemple). C'est pourquoi, le sevrage peut être une période mal vécue par les femmes allaitantes.

Malgré tous ces obstacles, elles sont unanimes concernant la volonté de renouveler l'expérience de l'allaitement maternel prolongé si cela était possible.

Dans une société où l'allaitement maternel est de nouveau d'actualité, la sage-femme est en première ligne pour en faire la promotion et le soutenir. Elle occupe une place majeure dans le projet des mères souhaitant allaiter car elle repère et anticipe les difficultés que celles-ci pourront rencontrer. Face aux discours parfois contradictoires des différents professionnels de santé, décrit de nombreuses fois par les mères, il serait nécessaire que tous les professionnels de santé aient connaissance des recommandations de l'OMS et aient une formation homogène et continue concernant l'allaitement maternel. Cette expérience permet aux sages-femmes et aux autres professionnels de santé, d'accompagner au mieux les femmes dans leur projet, en leur apportant une écoute et des conseils adaptés et sans jugement, concernant la prise en charge et la durée de l'allaitement maternel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Allaitement maternel exclusif [En ligne]. WHO. 12 mars 2015 [Consulté le 10 févr 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/fr/
2. Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Nicklaus S, Geay B, et al. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. Bull Epidémiologique Hebd [En ligne]. 2015 [Consulté le 12 févr 2016];(27):522-32. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01203828/>
3. Wright LE, Schwarcz HP. Stable carbon and oxygen isotopes in human tooth enamel: Identifying breastfeeding and weaning in prehistory. Am J Phys Anthropol [En ligne]. 1 mai 1998 [Consulté le 8 févr 2016];106(1):1-18. Disponible sur: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1096-8644\(199805\)106:1<1::AID-AJPA1>3.0.CO;2-W/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1096-8644(199805)106:1<1::AID-AJPA1>3.0.CO;2-W/abstract)
4. Herrscher E. Alimentation d'une population historique. Analyse des données isotopiques de la nécrose Saint-Laurent de Grenoble (XIIIe-Xe siècle, France). Bull Mém Société D'Anthropologie Paris [En ligne]. 1 déc 2003 [Consulté le 8 févr 2016];(15 (3-4)):149-269. Disponible sur: <http://bmsap.revues.org/550>
5. La Leche League. L'allaitement et la santé des enfants. Allaiter aujourd'hui [En ligne]. 1996 [Consulté le 9 févr 2016];(27). Disponible sur: <http://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1108>
6. Thirion M. L'allaitement de la naissance au sevrage. Nouvelle éd. revue et corrigée. Schaeffer C, éditeur. Paris: A. Michel; 2014. 1 vol. 387 p.
7. Claude-Suzanne Didierjean-Jouveau. Histoire de l'allaitement au 20e siècle [En ligne]. [Consulté le 5 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.lllfrance.org/vous-informer/votre-allaitement/allaitement-dans-la-societe/944-lallaitement-au-20e-siecle>
8. Jen Davis. Breastfeeding Beyond a Year: exploring benefits, cultural influences, and more. NEW BEGGININGS [En ligne]. oct 2007 [Consulté le 8 févr 2016];24(5):196-201. Disponible sur: <http://www.lalecheleague.org/nb/nbsepoct07p196.html>
9. Turck D, Vidailhet M, Bocquet A, Bresson J-L, Briend A, Chouraqui J-P, et al. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Arch Pédiatrie [En ligne]. nov 2013 [Consulté le 8 févr 2016];20, Supplement 2:S29-48. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X13722516>
10. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France). Le guide de l'allaitement maternel. Souza CBD, Moquet M-J, éditeurs. Saint-Denis: INPES; 2009. 1 vol. 66 p.

11. Kramer MS, Kakuma R. The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. In: MD LKP, Morrow AL, MD GMR-P, MD RJS, éditeurs. Protecting Infants through Human Milk [En ligne]. Springer US; 2004 [Consulté le 10 févr 2016]. p. 63-77. Disponible sur: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4757-4242-8_7
12. Bouvard CM. La formation des étudiantes sages-femmes sur l'allaitement en France [Mémoire] [En ligne]. [Groupe Hospitalier Cochin – Saint-Vincent de Paul]: Université Paris Descartes; 2011 [Consulté le 9 févr 2016]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00617728/document>
13. Fergusson DM, Woodward LJ. Breast feeding and later psychosocial adjustment. *Paediatr Perinat Epidemiol.* avr 1999;13(2):144-57.
14. Chantry AA, Monier I, Marcellin L. Allaitement maternel (partie 1): fréquence, bénéfices et inconvénients, durée optimale et facteurs influençant son initiation et sa prolongation. Recommandations pour la pratique clinique. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod* [En ligne]. 2015 [Consulté le 15 févr 2016];44(10):1071-9. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231515002665>
15. Didierjean-Jouveau C-S. Allaitement et santé publique. *Spirale* [En ligne]. 19 avr 2007 [Consulté le 10 févr 2016];n° 41(1):125-32. Disponible sur: http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SPI_041_0125
16. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Alimentation du nourrisson et du jeune enfant [En ligne]. [Consulté le 5 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/fr/>
17. Blondel B, Supernant K, Du Mazaubrun C, médicale I national de la santé et de la recherche, Breart G. Enquête nationale périnatale 2003 : situation en 2003 et évolution depuis 1998 [En ligne]. 2003 [Consulté le 10 févr 2016]. Disponible sur: <http://lara.inist.fr/handle/2332/1299>
18. Code du Travail, partie législative, 1^e partie (les relations individuelles de travail), livre II (Le contrat de travail), Titre II (Formation et exécution du contrat de travail), Chapitre V (Maternité, paternité, adoption et éducation des enfants), Section 1 (Protection de la grossesse et de la maternité), Sous-section 5 : Dispositions particulières à l'allaitement. Article L1225-30 du 1^{er} mai 2008. [En ligne] Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=8D85E8D910FEDAD0CED867D1C1042215.tpdila08v_3?idArticle=LEGIARTI000006900911&cidTexte=LEGITEXT000006072050&categorieLien=id&dateTexte=
19. Grech A. Facteurs influençant la durée d'allaitement maternel : pistes pour augmenter la durée. 26 sept 2014;93.
20. Chen PG, Johnson LW, Rosenthal MS. Sources of Education About Breastfeeding and Breast Pump Use: What Effect do they Have on Breastfeeding Duration? An Analysis of the Infant Feeding Practices Survey II. *Matern Child Health J.* 1 oct 2012;16(7):1421-30.
21. Ekström A, Widström A-M, Nissen E. Duration of Breastfeeding in Swedish Primiparous and Multiparous Women. *J Hum Lact.* 1 mai 2003;19(2):172-8.

22. Robert P, Rey-Debove J, Rey A. Le nouveau petit Robert [En ligne]. le Robert; 1993 [Consulté le 16 févr 2016]. Disponible sur: <http://doxa.u-pec.fr/help/visiteguideeRobert2009.2.pdf>
23. Code de la santé publique, partie législative, 4e partie (profession de santé), livre 1er (professions médicales), titre V (profession de sage-femme), chapitre 1er conditions d'exercices. Article L4151-1, modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009-art86 (V) [En ligne]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=8D65EBB6B238B4B56522996D39965658.tpdila11v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006171285&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160210
24. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code Legifrance [En ligne]. [Consulté le 10 févr 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id>
25. Collectif des Associations et Syndicats de Sages-femmes, Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes [En ligne]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. 2012 [Consulté le 10 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/infos-juridiques/code-de-deontologie/>
26. Mesnil N, Paulard I. La formation continue des sages-femmes. Association Nationale de Formation Initiale et Continue des Sages-Femmes (ANFIC) [En ligne]. [Consulté le 1 mars 2016]; Disponible sur: http://www.anfic-sages-femmes.fr/offres/file_inline_src/176/176_P_4612_1.pdf
27. Turck D, Pédiatrie C de N de la SF de, others. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Arch Pédiatrie [En ligne]. 2005 [Consulté le 14 févr 2016];12:S145-65. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X05005518>
28. Mandel D, Lubetzky R, Dollberg S, Barak S, Mimouni FB. Fat and Energy Contents of Expressed Human Breast Milk in Prolonged Lactation. Pediatrics [En ligne]. 1 sept 2005 [Consulté le 8 févr 2016];116(3):e432-5. Disponible sur: <http://pediatrics.aappublications.org/content/116/3/e432>
29. Briend A, Wojtyniak B, Rowland MG. Breast feeding, nutritional state, and child survival in rural Bangladesh. Br Med J Clin Res Ed. 26 mars 1988;296(6626):879-82.
30. Macchiaverni P, Rekima A, Tulic MK, Verhasselt V. L'allaitement maternel peut-il prévenir les maladies allergiques par l'induction de tolérance orale ? Rev Fr Allergol [En ligne]. nov 2012 [Consulté le 8 févr 2016];52(7):489-95. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187703201200348X>
31. Autran B. Les bases immunologiques de la vaccination. Doss Thématique Haut Cons Santé Publique Déterm Polit Vaccinale Adsp [En ligne]. 2010 [Consulté le 17 févr 2016];(71):25-7. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/ad712527.pdf>

32. La Leche League. Co-allaitement [En ligne]. [Consulté le 17 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.llfFrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1386-da-31-co-allaitement>
33. La Leche League. Allaiter un enfant de plus de 3 ans. Allaiter aujourd'hui [En ligne]. [Consulté le 8 févr 2016];(98). Disponible sur: <http://www.llfFrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1712>
34. Macadam PS, Dettwyler KA. Breastfeeding: Biocultural Perspectives. Transaction Publishers; 446 p.
35. Moscone SR, Moore MJ. Breastfeeding during pregnancy. J Hum Lact [En ligne]. 1993 [Consulté le 17 févr 2016];9(2):83-8. Disponible sur: <http://jhl.sagepub.com/content/9/2/83.short>
36. Tychev C, Lighezzolo J, Claudon P, Diwo R. Réflexions sur la prévention de certaines formes contemporaines de dépression. Bull Psychol [En ligne]. 2006 [Consulté le 14 févr 2016];(5):515-22. Disponible sur: http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=BUPSY_485_0515
37. Lighezzolo-Alnot J, Boubou F, Souillot C, Tychev C de. Allaitement prolongé et ratés du sevrage : réflexions psychodynamiques. Clin Méditerranéennes [En ligne]. 1 sept 2005 [Consulté le 12 févr 2016];no 72(2):265-80. Disponible sur: http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=CM_072_0265
38. Dugnat M, Association Recherche (in)formation périnatalité (France), éditeurs. Féminin, masculin, bébé. Toulouse: Érès; 2011. 1 vol. (311 p.).
39. Zola É. Fécondité. Fasquelle; 1907. p.229-230.
40. American Academy of Pediatrics | FAQs [En ligne]. [Consulté le 8 févr 2016]. Disponible sur: <https://www2.aap.org/breastfeeding/faqsBreastfeeding.html#10>
41. Parat H. Sein de femme, sein de mère [En ligne]. Presses universitaires de France; 2015 [Consulté le 14 févr 2016]. Disponible sur: <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=YXdfCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=Parat+H.+Sein+de+femme,+sein+de+m%C3%A8re&ots=vHV11139Hm&sig=n1MZCOGrntmBeRm1i3gtvbIhglQ>
42. Parat H. L'érotique maternelle : psychanalyse de l'allaitement. Dunod; 1999.
43. Thirion M. Maternité, sexualité, allaitement. Naiss Texte Impr Hist Cult Prat Aujourd'hui. 2010;1264-72.
44. Sandre-Pereira G. Anthropologie de l'allaitement maternel en France et au Brésil [En ligne]. Toulouse 2; 2006 [Consulté le 14 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2006TOU20070>
45. Marrie A. Sein érotique, sein nourricier l'allaitement maternel a-t-il un impact sur la sexualité des couples en post-partum ? [En ligne]. Université de Bordeaux II (1970-2013), Ecole de sages-femmes (Bordeaux), éditeurs. [S.l.]: [s.n.]; 2014. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01076687>

46. Rufo M. Frères et soeurs, une maladie d'amour. Fayard; 2002. 120 p.
47. Bowlby J. La théorie de l'attachement. Psychopathol Bébé [En ligne]. 1989 [Consulté le 19 févr 2016];165-70. Disponible sur: http://www.grainedemassage.fr/La_theorie_de_l_attachement.pdf
48. Mortensen K, Tawia S, others. Sustained breastfeeding. Breastfeed Rev [En ligne]. 2013 [Consulté le 18 févr 2016];21(1):22. Disponible sur: <http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=199095853908743;res=IELHEA>
49. INSERM avec Bouvard M, Corcos M, Fombonne E, Gorwood P, Gressens P, Krebs M-O, et al. Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. 2003 [Consulté le 19 févr 2016]; Disponible sur: <http://lara.inist.fr/handle/2332/1334>

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

ECOLE DE SAGES-FEMMES

L'ALLAITEMENT MATERNEL PROLONGÉ : TÉMOIGNAGES DE VINGT FEMMES SUR CETTE PRATIQUE

MARIN Hélène

RÉSUMÉ :

Malgré les recommandations de l'OMS, seule une femme sur cinq ayant fait le choix d'allaiter, nourrit encore son enfant à six mois. En effet, l'allaitement maternel comporte des difficultés dans son initiation, sa prolongation et son arrêt car l'influence de l'environnement est très présente. Pour autant, une femme sur cinq franchit ces difficultés et perdure son allaitement maternel pour une durée qui, la plupart du temps, est indéterminée.

Nous nous sommes interrogés : Pourquoi certaines femmes font-elles le choix de prolonger leur allaitement au-delà de six mois et comment vivent-elles cette expérience ? Grâce à dix témoignages de femmes ayant allaité plus de six mois et dix ayant allaité plus de deux ans, nous avons pu conclure qu'elles font ce choix afin de faire perdurer les bienfaits nutritifs et surtout relationnels de l'allaitement maternel. Mais elles sont confrontées à des difficultés d'ordre anatomique, pédiatrique et principalement d'ordre social auprès de : leur conjoint, leur entourage, leurs collègues de travail, des professionnels de santé et d'inconnus.

Cette étude nous a permis notamment de découvrir comment les femmes ont su surmonter les difficultés qu'elles ont rencontrées. Cette expérience permettra aux sages-femmes et aux autres professionnels de santé, d'accompagner au mieux les femmes souhaitant allaiter, en leur apportant des conseils adaptés sur la prise en charge et la durée de l'allaitement maternel.

MOTS CLÉS : Allaitement maternel, long, prolongé, sevrage, témoignage