



**HAL**  
open science

# Allaitement mixte chez les femmes immigrées d'origine subsaharienne : représentations, connaissances, place de l'entourage

Marie Petit

► **To cite this version:**

Marie Petit. Allaitement mixte chez les femmes immigrées d'origine subsaharienne : représentations, connaissances, place de l'entourage. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03349123

**HAL Id: dumas-03349123**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03349123>**

Submitted on 20 Sep 2021

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

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



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

<b>AVERTISSEMENT</b>
----------------------

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

**Allaitement mixte chez les femmes  
immigrées d'origine subsaharienne**

**Représentations, connaissances, place de l'entourage**

**DIRECTRICE DU MEMOIRE :**

Mme Sylvie Duquenois

**Sage-femme Enseignante – Ecole Baudelocque**

---

**JURY :**

Mme Sarah Benjilany,

M. Adrien Gantois

Mme Hélène Guillaume

Sage-femme libérale et psychologue

Sage-femme libéral

Sage-femme Enseignante – Ecole Baudelocque

Mémoire N°: 2021PA05MA28

© Université de Paris – Ecole de Sages-Femmes Baudelocque.

# Remerciements

Je tiens à adresser mes sincères remerciements à ma directrice de mémoire, Madame DUQUENOIS pour sa confiance, son implication, son expertise et ses encouragements tout au long de ce travail.

Je remercie l'équipe enseignante de l'école Baudelocque pour sa transmission toujours enthousiaste de la maïeutique, et en particulier Hélène GUILLAUME pour son accompagnement pédagogique et sa bienveillance durant ces quatre années.

Je remercie toutes les femmes qui ont accepté de partager avec moi un peu de leur vie, parfois avec émotion, et toujours avec spontanéité et sincérité.

Merci à toute ma promotion pour m'avoir intégrée en dépit du nombre d'années qui nous séparent. Aglaé, Thérèse, et Ozanne, merci pour tous les souvenirs partagés.

De façon plus personnelle, j'adresse mes remerciements à ma famille, pour son soutien indéfectible dans l'accomplissement de mes choix de vie.

Alexis, merci pour ton amour et le soutien inconditionnel que tu m'as témoigné tout au long de ces années. Tu as toujours cru en moi, plus que moi-même. Ma reconversion est un peu la tienne.

Enfin, j'adresse une pensée particulière à mes enfants, Gabriel et Alice : sans aucun doute, vous avez façonné l'étudiante que je suis, et continuerez à façonner la sage-femme que je serai.

# Résumé

**Introduction - objectifs** : L'allaitement partiel, qui consiste à nourrir le nouveau-né à la fois au sein, au lait artificiel ou à donner d'autres aliments, est une pratique très répandue dans les pays subsahariens. Ainsi, de nombreuses femmes migrantes originaires de ces pays pratiquent un allaitement mixte dès la naissance de leur enfant. Cette étude a pour but d'étudier les représentations qu'ont ces femmes de l'allaitement, d'estimer la part de la tradition culturelle dans leur choix d'allaitement, et d'évaluer la place de l'entourage, tant professionnel que personnel, dans leur décision de pratiquer ce type d'allaitement.

**Matériel et méthodes** : 15 entretiens semi-directifs ont été menés auprès de femmes migrantes d'origine subsaharienne, en suites de couches, en octobre 2020.

**Résultats** : Notre étude montre que ces femmes pratiquent un véritable allaitement mixte : elles ne donnent à leur enfant que de lait maternel ou artificiel, et ne donnent pas d'autres types d'aliments. Cet allaitement est sans lien avec les pratiques et les traditions d'allaitement de leur pays d'origine. Leurs connaissances au sujet des deux allaitements sont inégales. Ces entretiens ont permis de mettre en évidence l'importance de la transmission du « savoir allaiter », qui provient le plus souvent de la figure maternelle.

**Conclusion** : Afin d'accompagner ces femmes, il est important que les professionnels de la lactation puissent se défaire de l'idée, généralement inconsciente, de la femme africaine qui sait allaiter. Au-delà de leur accompagnement de l'allaitement, s'assurer d'une présence maternelle auprès de ces femmes permettra aux professionnels de s'adapter au mieux aux besoins de soutien de ces patientes.

**Mots-clés** : allaitement partiel, allaitement mixte, migrantes, tradition, représentations, transmission, figure maternelle

# Abstract

**Introduction – objectives** : mixed breastfeeding, which involves feeding the newborn with breast milk, formula or other foods, is a widespread practice in sub-Saharan countries. Thus, many migrant women from these countries practice mixed breastfeeding starting from the birth of their child. The aim of this research is to study the representations of breastfeeding that these women have, to estimate the share of cultural tradition in their decision to breastfeed, and to assess the place of those around them, both professional than personal, in their decision to practice this type of breastfeeding.

**Methods** : 15 interviews were conducted with migrant women of sub-Saharan origin, following childbirth, in October 2020.

**Results** : Our study shows that these women practice true mixed breastfeeding : they only give their child breast milk or artificial milk, and do not give other types of food. This breastfeeding is unrelated to the breastfeeding practices and traditions of their country of origin. Their knowledge about the two types of breastfeeding is unequal. These interviews highlighted the importance of transmitting "breastfeeding knowledge", which most often comes from a mother figure.

**Conclusion** : In order to support these women, with their often fragile psychosocial status, it is important for lactation professionals to be able to get rid of the generally unconscious assumption that a sub-Saharan African woman who knows how to breastfeed. Beyond their support for breastfeeding, ensuring a maternal presence with these women will allow professionals to best adapt to the support needs of these patients.

**Keywords** : partial breastfeeding, mixed breastfeeding, migrants, tradition, representations, transmission

# Table des matières

LISTE DES ANNEXES .....	1
LEXIQUE.....	2
INTRODUCTION .....	3
<b>PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET REVUE DE LA LITTERATURE .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Allaitement partiel ou allaitement mixte .....</b>	<b>6</b>
1.1.1 Définitions.....	6
1.1.2 Les conséquences d'un allaitement partiel .....	7
1.1.2.1 Impact sur la mise en place de la lactation maternelle .....	7
1.1.2.2 Les complications maternelles .....	8
1.1.2.3 Les difficultés pour l'enfant .....	8
<b>1.2 Allaitement partiel dans les pays d'Afrique subsaharienne .....</b>	<b>9</b>
1.2.1 Une approche anthropologique de l'allaitement et du lait maternel .....	9
1.2.1.1 L'allaitement .....	10
1.2.2.1 Le colostrum, un lait à forte valeur symbolique .....	11
1.2.2 Critères pour la pratique de l'allaitement mixte sur le continent africain.	12
<b>1.3 Migration et allaitement .....</b>	<b>13</b>
1.3.1 Le parcours migratoire des femmes d'origine subsaharienne en France....	13
1.3.2 Les critères influençant le choix d'un allaitement partiel pour la femme migrante .....	14
1.3.2.1 De l'attachement aux valeurs culturelles ... ..	14
1.3.2.2 ... à l'intégration des normes du pays d'accueil .....	15
<b>1.4 Une patiente au statut particulier .....</b>	<b>16</b>
1.4.1 Une double vulnérabilité .....	16
1.4.2 Des patientes catégorisées.....	17
<b>DEUXIEME PARTIE : DEMARCHE DE RECHERCHE, MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Les axes de recherche .....</b>	<b>19</b>
2.1.1 Problématique .....	19
2.1.2 Objectifs .....	19
2.1.3 Hypothèses .....	20
2.1.4 Les variables recueillies .....	20
<b>2.2 L'étude .....</b>	<b>20</b>
2.2.1 Obligations règlementaires et éthiques .....	20
2.2.2 L'outil méthodologique .....	21
2.2.2.1 <i>Type d'étude</i> .....	21
2.2.2.2 <i>Introduction du photolangage</i> .....	22

2.2.3	La population.....	25
2.2.4	Le déroulement de l'étude .....	25
2.2.5	Les modalités d'entretien .....	26
2.2.6	L'analyse des données.....	27
<b>2.3</b>	<b>Le profil des participantes .....</b>	<b>28</b>
2.3.1	Caractéristiques .....	28
2.3.2	Antécédents d'allaitements pour les multipares .....	29
<b>TROISIEME PARTIE : RESULTATS ET ANALYSE.....</b>		<b>31</b>
<b>3.1</b>	<b>Les connaissances sur l'allaitement .....</b>	<b>31</b>
3.1.1	La pratique de l'allaitement mixte .....	31
3.1.2	Les connaissances sur la qualité du lait.....	33
3.1.3	Les motivations pour pratiquer un allaitement mixte .....	36
3.1.4	Connaissances sur l'allaitement incomplètes ? .....	38
<b>3.2</b>	<b>La part de la culture et de la tradition dans la décision d'allaiter .....</b>	<b>39</b>
3.2.1	Les connaissances sur les pratiques d'allaitement du pays d'origine .....	39
3.2.2	Les traditions locales .....	40
3.2.2.1	<i>Du lien Mère-Enfant à la « pitié maternelle » .....</i>	<i>41</i>
3.2.2.2	<i>Lait maternel et cortex cérébral .....</i>	<i>41</i>
3.2.2.3	<i>Les pleurs du bébé et la mère bien nourrie .....</i>	<i>42</i>
3.2.2.4	<i>Les tisanes.....</i>	<i>43</i>
3.2.2.5	<i>L'opposition Allaitement maternel et artificiel .....</i>	<i>43</i>
3.2.2.6	<i>Un détachement vis-à-vis des pratiques du pays d'origine.....</i>	<i>46</i>
3.2.3	La part du culturel dans le choix de pratiquer un allaitement partiel ? ....	47
<b>3.3</b>	<b>La place de l'entourage.....</b>	<b>48</b>
3.3.1	Le conjoint .....	48
3.3.2	Le soutien de la famille .....	49
3.3.3	La place particulière de la mère dans la transmission.....	50
3.3.4	Les professionnels de la lactation .....	52
3.3.5	La place de l'entourage dans le choix d'un allaitement partiel ?.....	54
<b>3.4</b>	<b>Discussion.....</b>	<b>55</b>
3.4.1	Forces et limites de l'étude .....	55
3.4.1.1	<i>Les forces.....</i>	<i>55</i>
3.4.1.2	<i>Les limites.....</i>	<i>56</i>
3.4.2	Propositions pour la pratique clinique .....	56
3.4.3	Pistes de recherche .....	58
<b>CONCLUSION .....</b>		<b>61</b>



<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>63</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>66</b>

## **LISTE DES ANNEXES**

Annexe I : Accord comité éthique.....	67
Annexe II : information donnée aux patientes .....	68
Annexe III : Grille d’entretien .....	69
Annexe IV : Entretien de Mme B.....	73
Annexe V : Entretien de Mme K .....	85

# LEXIQUE

L'ensemble des expressions utilisées tout au long de ce mémoire font référence aux définitions de l'OMS<sup>1</sup> :

Allaitement exclusif : signifie que l'on ne donne aucun autre aliment, ni boisson, y compris de l'eau, au nourrisson (à l'exception de médicaments et de gouttes de vitamines ou de sels minéraux ; le lait maternel exprimé est également autorisé).

Allaitement principal : signifie que l'on donne également de petites quantités d'eau ou de boissons à base d'eau comme les infusions.

Allaitement total : signifie que l'on allaite l'enfant exclusivement ou principalement au sein.

Allaitement au biberon : signifie que l'on nourrit l'enfant au biberon, quel que soit son contenu, y compris du lait maternel exprimé.

Alimentation artificielle : signifie que l'on nourrit l'enfant avec du substitut du lait maternel, sans l'allaiter du tout.

Allaitement partiel : signifie que l'on nourrit l'enfant tantôt au sein, tantôt avec des substituts du lait maternel, que ce soit du lait artificiel ou des bouillies, ou d'autres aliments.

---

<sup>1</sup> Source : le Conseil en allaitement : cours de formation (Guide OMS/UNICEF)

# INTRODUCTION

Bien qu'assez peu étudié, l'allaitement partiel se rencontre fréquemment dans nos maternités et en suites de couches. Nombreuses sont les femmes qui, pour diverses raisons, souhaitent associer ou compléter l'allaitement de leur enfant par une autre alimentation, qu'il s'agisse de substituts de lait, d'eau sucrée ou non ou d'autres aliments... Tel est le cas notamment des femmes immigrées africaines d'origine subsaharienne, dont certaines souhaitent mettre en place un allaitement partiel dès la naissance.

Cette situation nous interpelle. En effet, en France, tout comme dans de nombreux autres pays — dont les pays d'Afrique —, l'allaitement maternel est recommandé par les autorités sanitaires, qui le considèrent unanimement comme le mode d'alimentation le plus adapté au nouveau-né. Les avantages de l'allaitement maternel sont nombreux : il présente des bénéfices nutritionnels, immunologiques, psychologiques, sociologiques, écologiques et économiques. Il a également un impact profond sur la survie, la santé, la nutrition et le développement de l'enfant.

C'est pourquoi l'Organisation Mondiale de la Santé, dont les recommandations sont reprises par les autorités françaises, préconise un allaitement exclusif — à savoir l'ingestion unique de lait maternel — jusqu'au sixième mois de l'enfant [1]. Par ailleurs, pour l'Unicef, l'allaitement exclusif constitue un enjeu de santé publique majeur dans les pays en développement, où l'enfant non allaité présente un risque de décès 14 fois plus élevé que celui qui a été allaité exclusivement [2]. De nombreuses actions ont été menées par l'OMS et l'Unicef ces dernières décennies en Afrique dans le sens de la promotion de l'allaitement maternel exclusif tant au niveau politique, législatif, communautaire, qu'auprès des instances de santé.

Malgré ces incitations, une étude internationale menée en collaboration avec le Collectif mondial pour l'allaitement maternel montre que les taux d'allaitement exclusif à 6 mois restent faibles : 12 % en Côte d'Ivoire ou 17% au Nigeria ; les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre étant ceux où la pratique de l'allaitement partiel est la plus élevée [3].

Dans ces pays, l'allaitement partiel est majoritairement pratiqué, en raison des traditions culturelles, des lobbys des industries agroalimentaires, ou de l'épidémie du sida.

Une question se pose dès lors : que se passe-t-il pour ces femmes migrantes, lorsqu'elles arrivent sur le territoire français ? Riches d'une culture, de règles sociologiques, d'un poids familial et traditionnel, elles peuvent être également confrontées à des pratiques éloignées de leurs propres schémas et représentations quant à l'allaitement.

Aussi, l'objectif de ce mémoire est-il de comprendre les représentations de l'allaitement partiel chez les femmes africaines immigrées. Comprendre ce que représente l'allaitement partiel pour ces femmes, mesurer la part du culturel, du parcours de vie, des conditions socioéconomiques, de leur niveau d'éducation, de l'accès à l'information, est essentiel pour comprendre leur motivation et, par ricochet, les leviers d'actions dont disposent les professionnels de la lactation pour les accompagner.

En effet, il nous a semblé, au cours de nos passages en suites de couches, que les professionnels de santé peuvent être pris aux dépourvu face à la détermination de ces femmes qui ont décidé de pratiquer l'allaitement partiel. Conseils académiques dispensés mais non compris, résignation face à la femme africaine « qui sait » et qui est « bien entourée », manque de connaissances face aux attentes de ces femmes qui n'expriment pas toujours leurs besoins, sont autant de critères qui, de notre point de vue, ne permettent pas de répondre aux besoins des femmes allaitantes. Cette constatation personnelle rejoint une conclusion de l'enquête Elfe selon laquelle « des pratiques professionnelles inadaptées peuvent générer des conflits de normes chez les immigrées, quant à la manière de nourrir son enfant » [4]. Par ailleurs, plusieurs études sociologiques se sont intéressées à la perception de la femme africaine qu'ont les professionnels de santé et ont montré une catégorisation, souvent inconsciente, de ces patientes. L'allaitement chez les femmes africaines est, de façon stéréotypée, vu comme n'impliquant pas de difficulté majeure, peu importe la méthode utilisée [5]. Mais si la perception des professionnels de santé a pu être étudiée, qu'en est-il des attentes de ces patientes ?

Pour répondre à ces diverses questions, le mémoire sera organisé de la manière suivante. :

Dans un premier, nous effectuerons une analyse de la littérature sur l'allaitement partiel. Après avoir défini ce qu'est l'allaitement partiel et analysé ses conséquences, nous aborderons, d'un point de vue anthropologique de l'allaitement partiel sur le continent africain pour comprendre les enjeux traditionnels et culturels dans ce type d'allaitement. Pour finir, nous nous intéresserons à la population des femmes d'origine subsaharienne d'un point de vue de leur parcours migratoire. Dans un second temps, nous définirons les objectifs et la démarche de cette recherche. Dans une troisième partie, nous exposerons les résultats issus des entretiens.

# PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET REVUE DE LA LITTERATURE

Ce mémoire ayant pour sujet l'allaitement partiel des femmes immigrées d'Afrique subsaharienne, il est important, dans un premier temps, de définir ce qu'est l'allaitement partiel et de mettre en avant son impact, notamment sur la mise en place de la lactation. Dans un second temps, nous l'allaitement d'un point de vue anthropologique sur le continent africain. Puis nous aborderons la population des femmes d'origine subsaharienne en termes d'immigration.

## 1.1 Allaitement partiel ou allaitement mixte

### 1.1.1 Définitions

Selon l'HAS, l'allaitement est dit partiel « *lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non, ou toute autre nourriture. En cas d'allaitement partiel, celui-ci est majoritaire si la quantité de lait maternel consommé assure plus de 80 % des besoins de l'enfant ; moyen si elle assure 20 à 80 % de ses besoins et faible si elle en assure moins de 20 %* » [6].

La HAS reprend ainsi la définition de l'OMS pour lequel l'allaitement partiel « *signifie que l'on nourrit l'enfant tantôt au sein, tantôt avec des substituts du lait maternel, que ce soit du lait artificiel ou des bouillies, ou d'autres aliments* ». Le terme « partiel » renvoie ici au rôle de l'allaitement maternel, qui n'est que partiellement rempli, puisque d'autres aliments (notamment des préparations pour nourrissons) viennent s'y ajouter [7].

Pourtant fréquemment utilisée en France, l'expression « allaitement mixte » n'est, quant à elle, pas précisément définie. La Leche League qualifie toutefois de « mixte » un allaitement maternel complété avec des préparations pour nourrissons [7].

Aussi, est-il important de souligner la différence entre ces deux qualificatifs : « partiel » et « mixte ». L'allaitement mixte, très fréquent en France, ne considère que les

préparations pour nourrissons, en plus du lait maternel. L'allaitement partiel, en revanche, inclut tant les substituts de lait que les autres types d'aliments (bouillies, mixture, tisanes...).

C'est pourquoi, en accord avec les définitions de la HAS, et malgré l'emploi très fréquent du terme allaitement « mixte », nous utiliserons préférentiellement le terme d'allaitement « partiel » tout au long de ce mémoire, ceci afin d'englober les compléments, mais également les autres aliments qui pourraient être donnés aux nourrissons par les patientes interrogées.

### ***1.1.2 Les conséquences d'un allaitement partiel***

Nous nous interrogerons ici sur les conséquences de l'allaitement partiel pour la mère, concernant la mise en place de la lactation, et pour l'enfant, s'agissant de son adaptation à l'allaitement partiel.

#### **1.1.2.1 Impact sur la mise en place de la lactation maternelle**

L'allaitement partiel n'est pas sans danger pour la mise en place d'une lactation optimale, rendant celle-ci difficile.

En effet, d'un point de vue physiologique, la lactation est un phénomène « naturel » qui a besoin d'être stimulé pour une bonne mise en place. Ainsi, des mises au sein fréquentes et efficaces sont nécessaires pour que la production lactée maternelle puisse être initiée et stimulée. De plus, cette production de lait maternel, pourrait être assimilée à la loi de l'offre et de la demande, car elle s'ajuste « à la demande » de l'enfant. C'est pourquoi, pour les femmes qui souhaitent un allaitement exclusif, il est important et recommandé, notamment à la naissance, de leur faire pratiquer un allaitement à la demande afin que le nouveau-né puisse adapter la quantité à ses besoins.



Comme l'indique Carole Hervé, consultante en lactation, au cours des quatre premières semaines, la quantité de lait produit par la maman croît fortement, spécifiquement la deuxième semaine, pour obtenir jusqu'à 700 à 800 ml par jour. Entre huit et dix tétées quotidiennes sont en général requises pour atteindre ce volume [8]. L'allaitement exclusif à la demande permet ainsi à la mère d'ajuster sa lactation en fonction de la demande et des besoins de son enfant.

Par ricochet, la diminution des tétées est susceptible de faire baisser rapidement le phénomène de lactation. Ainsi que le rappelle la Leche League, « un rythme de tétées qui ne respecte pas le cycle naturel de production du lait et des seins insuffisamment vidangés provoquent une diminution de la production lactée. En réponse à cette production de lait insuffisante, l'introduction de complément de lait artificiel ou d'eau sucrée engendre un cercle vicieux inefficace. » [9]

### **1.1.2.2 Les complications maternelles**

Outre les difficultés liées à la lactation, il a été prouvé que l'apparition et la gravité des engorgements présentent un lien direct avec la mise en place d'un allaitement partiel et l'introduction prématurée de lait artificiel [8]. Ainsi, les femmes qui pratiquent un allaitement partiel sont susceptibles de souffrir d'une vidange insuffisante des seins, ce qui risque d'entraîner ensuite un engorgement, voire une mastite.

### **1.1.2.3 Les difficultés pour l'enfant**

À l'heure actuelle, les données ne montrent pas de confusion entre le sein et la tétine des biberons, les nouveau-nés étant capables de s'adapter à la succion tant au sein qu'au biberon. Aussi, la préférence du bébé pour le biberon pourrait être liée à d'autres soucis d'allaitement (production de lait trop faible, mamelon difficile à prendre, prématurité...) [10].

Néanmoins, les bébés ont tendance à privilégier un débit de lait régulier. Certains enfants, face au plus grand débit d'écoulement du lait au biberon, peuvent dès lors se montrer impatients, voire agités lorsqu'ils sont au sein, et refuser progressivement la tétée.

En France, les sociétés pédiatriques rappellent que le don de lait artificiel constitue une alternative au défaut d'allaitement maternel. Il n'existe aucune indication à donner des compléments de lait, sauf sur avis médical. L'un des objectifs du Programme National Nutrition Santé (PNNS) étant la promotion de l'allaitement maternel, il est obligatoire de mentionner sur la boîte de lait artificiel la supériorité de l'allaitement maternel au sein.

D'après l'enquête « Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement » [11], il apparaît que l'allaitement partiel est davantage pratiqué par les mères étrangères et ce, malgré leur importante disposition à allaiter. Afin de comprendre les raisons de pratiquer un allaitement mixte, nous avons voulu nous intéresser aux pratiques d'allaitement mixte sur le continent africain.

## **1.2 Allaitement partiel dans les pays d'Afrique subsaharienne**

### ***1.2.1 Une approche anthropologique de l'allaitement et du lait maternel***

Loin de se réduire à un ensemble de pays limitrophes, clivés par les colons suivant l'axe nord-sud, le continent africain est composé d'un grand nombre d'ethnies. Plus de 2000 en Afrique et à Madagascar [32], chacune de ces ethnies ayant sa propre culture. Notons que le terme même d'ethnie fait l'objet de nombreux débats parmi les anthropologues. En effet, aucun consensus ne se dégage sur d'éventuels paramètres permettant d'identifier les différentes communautés (langue ou culture commune, territoire, sentiment d'appartenance partagé...).

Cette diversité de cultures et de pratiques se retrouve sur le plan de l'allaitement.

En témoigne le taux d'allaitement exclusif des enfants de moins de 6 mois constaté sur le continent africain, qui varie fortement d'un pays à l'autre. Dans un article de 2017, le groupe d'information « Jeune Afrique » souligne qu'il est de plus de 60 % au Burundi, en Érythrée, au Kenya et en Ouganda, mais bien plus faible en Afrique de l'Ouest et du Centre, avec seulement 12 % en Côte d'Ivoire et de 17 % au Nigeria [3]. Cette disparité géographique est confirmée par l'Unicef, pour qui l'allaitement exclusif ne représente que 20 % des allaitements en Afrique de l'Ouest et du Centre [12].

Prendre conscience de cette disparité met en avant la nécessité de porter sur l'allaitement un regard anthropologique. Car si la lactation est un phénomène physiologique, l'allaitement, en revanche, dépend de facteurs sociaux, psychologiques et culturels. Il fait l'objet de pratiques spécifiques, issues des rites et coutumes des parents et de celles du pays dans lequel la femme accouche [13].

Voici quelques-uns de ces rites ; ils ne sont bien évidemment pas exhaustifs.

### **1.2.1.1 L'allaitement**

En Afrique subsaharienne, l'allaitement sur une longue durée est fortement ancré culturellement, tout comme l'allaitement mixte [13]. Ainsi, le lait maternel a longtemps été complété par l'alimentation solide, symbole paternel. Comme le dit un proverbe ancien : « Pain d'homme et lait de femme font devenir les enfants forts. » [14]

Cette croyance reste encore fortement ancrée. Par exemple, les Mossis, ethnie principale du Burkina Faso, pratiquent l'écrasement des seins (runгри), afin de préparer l'allaitement et de favoriser la production de lait. Mais malgré cela, l'allaitement n'est pas considéré comme suffisant pour nourrir l'enfant. C'est pourquoi il est complété par des ingurgitations ou yunugри (eau la première semaine, puis décoctions à base notamment de noix de karité et de mil rouge). Les lavements (toenega) associés à yunugри permettent de purifier et de laver l'appareil digestif du nouveau-né [15].

Au Mali, l'allaitement est considéré comme insuffisant à combler les besoins nutritionnels de l'enfant. On pense que la mère, bien souvent, ne produit pas assez de lait, notamment si l'enfant pleure de manière fréquente. L'allaitement est ainsi complété par des décoctions de plantes médicinales ou de l'eau. Par ailleurs, des liquides divers, spécialement le jus de la datte mâchée par le nouveau-né ou du lait artificiel sont fréquemment donnés à l'enfant avant même le début de l'allaitement [16].

En Côte d'Ivoire, les premiers jours, le nourrisson est nourri à l'eau en plus du lait maternel. Dès trois ou quatre mois, des bouillies de mil et de maïs, le pain, la pâte d'arachide viennent compléter l'alimentation de l'enfant [17].

En Somalie, après la montée de lait, la mère supprime les premières gouttes de lait avant de donner le sein [13].

### **1.2.2.1 Le colostrum, un lait à forte valeur symbolique**

Dans de nombreuses cultures d'Afrique subsaharienne, la mise au sein est différée jusqu'à plus de 2 jours après la naissance, ce qui implique l'absence de consommation du colostrum, lait sécrété dans les premiers jours suivant l'accouchement.

En effet, malgré ses bienfaits reconnus tant sur le plan de la mortalité que de la morbidité du nourrisson, le colostrum est parfois considéré comme impur, son aspect épais et jaunâtre faisant penser au pus [18].

C'est le cas par exemple en Somalie, où la mère jette son colostrum. On retrouve cette analyse dans l'étude de l'IRD « Allaitement en Afrique de l'Ouest et du Centre » [5] : le colostrum n'étant généralement pas donné au nourrisson, le taux d'initiation au cours des 24 premières heures après l'accouchement y est donc plus faible (51 %) que dans les autres régions d'Afrique (86 % en Afrique de l'Est et 83 % en l'Afrique Centrale et du Sud).

Au Burkina Faso, au contraire, « le colostrum vient d'en haut, il y a du miel, il y a de l'argent, tout ce qu'il y a de pur, de sain, de doux, de vivant de vital » [13].

Suivant les pays, le colostrum est donc vu de manière différente [14] et est soit consommé, soit négligé soit rejeté [18].

L'allaitement exclusif tel que défini par l'OMS semble donc peu pratiqué dans la plupart des sociétés traditionnelles qui donnent aux enfants dès la naissance des boissons et des aliments marqueurs de leur culture. Ainsi, la Leche League rappelle que pour ces pays « La norme reste l'allaitement maternel et la plupart des mères donnent très fréquemment le sein. Les compléments sont donnés en plus et non à la place des tétées. La nature des compléments est dictée par les habitudes traditionnelles, associées aux influences modernes ». [7]

### ***1.2.2 Critères pour la pratique de l'allaitement mixte sur le continent africain***

Peu d'études portent sur les motivations des femmes africaines à pratiquer un allaitement partiel sur le continent africain.

Néanmoins, une étude relative aux « Facteurs associés à l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 24 mois à Bamako » [16] a montré un lien entre l'allaitement exclusif et des facteurs comme la mise au sein au cours des 30 minutes qui ont suivi l'accouchement, le nombre de consultations prénatales et le niveau de scolarisation des mères.

Dans l'étude « Allaitement et maternage chez les femmes originaires d'Afrique de l'Ouest : quelle place pour les professionnels de santé ? », nous avons relevé que le biberon est notamment employé afin de rassurer la mère sur sa capacité à s'occuper de son enfant sans se reposer sur le groupe [13]. Cette représentation du biberon est également intéressante à interroger. Elle le sera avec la méthode du photolangage que nous proposons d'utiliser, afin d'apprécier les émotions que suscite la vision d'un biberon.

L'allaitement exclusif est par ailleurs conditionné par le soutien de l'entourage ou encore l'état de santé de l'enfant. Par projection, il nous semble pertinent de nous

interroger sur la place de l'entourage pour la mère dans son choix d'allaitement partiel. Cela concerne l'entourage proche (conjoint, famille proche) mais également les professionnels de la lactation qu'elle aura rencontrés.

Tous ces points seront abordés lors des entretiens.

## **1.3 Migration et allaitement**

### ***1.3.1 Le parcours migratoire des femmes d'origine subsaharienne en France***

L'immigration subsaharienne en France a fortement augmenté ces dernières années. Un double processus explique cette croissance soutenue : d'une part, des arrivées importantes liées au regroupement familial ; d'autre part, des arrivées plus massives en raison des nombreux conflits armés, des régimes autoritaires et de la situation précaire rencontrée sur le continent africain [19].

On note une féminisation du profil des migrants. Alors qu'elles n'étaient que 46,7 % en 2000, elles sont passées à 48,2 % en 2016 d'après l'OCDE [20]. En France notamment, les femmes sont même devenues majoritaires dans les diasporas africaines [21]. L'île-de-France reste la région où la part des immigrés est la plus importante, principalement en Seine-Saint-Denis et à Paris [22].

Une grande partie de ces femmes ont fait des études (80 % ont suivi des études secondaires ou supérieures). Les raisons pour lesquelles elles ont choisi de quitter leur pays d'origine (principalement Côte d'Ivoire, Mali, Cameroun, Sénégal, République Démocratique du Congo...) pour se rendre en France sont diverses. Près de la moitié d'entre elles (46 %) émigrent dans le cadre d'un regroupement familial afin d'y retrouver leur conjoint ou un membre de leur famille ; 20 % espèrent trouver en France un emploi et une meilleure qualité de vie, tandis que 18 % fuient des violences de divers ordres (politiques,

domestiques ou de genre). Enfin, 13 % sont dans une démarche de poursuite d'études et 4 % ont un but médical.

Lors de leur arrivée en France, un peu plus de la moitié de ces femmes (54 %) sont en couple — leur conjoint résidant soit en France, soit dans le pays d'origine ; et un tiers d'entre elles (33 %) sont mères d'un enfant mineur.

Elles se retrouvent souvent confrontées à une forte insécurité, tant sur le plan administratif que du logement. Ainsi, 21 % des femmes indiquent avoir été contraintes de déménager plusieurs fois dans l'année qui a suivi leur arrivée sur le sol français. Par ailleurs, 54 % disent avoir été logées, pendant au moins un an, chez une personne de leur entourage (amis, famille...) [21].

### ***1.3.2 Les critères influençant le choix d'un allaitement partiel pour la femme migrante***

Comme nous l'avons indiqué, l'allaitement partiel est largement pratiqué dans le pays d'origine de ces femmes. Il nous a semblé que l'allaitement partiel est davantage pratiqué spontanément par les mères étrangères. Ces constats personnels vont dans le sens des conclusions de l'enquête Elfe qui précise que « *les mères étrangères pratiquent plus que les autres un allaitement partiel, malgré leur forte propension à allaiter* » [18].

Pour ces femmes migrantes qui ont choisi un allaitement partiel, nous souhaitons interroger la part de la tradition culturelle de leur pays d'origine et l'intégration des normes du pays d'accueil.

#### **1.3.2.1 De l'attachement aux valeurs culturelles ...**

L'enquête Elfe nous a montré que le statut migratoire sur les pratiques d'allaitement chez les femmes africaines est un critère essentiel dans le choix de la pratique d'allaitement [4]. Dès lors, la pratique d'un allaitement partiel étant répandue dans les pays d'Afrique

subsaharienne, on peut émettre l'hypothèse que ces femmes, malgré leur statut de migrantes, sont attachées aux pratiques culturelles de leur pays d'origine.

En revanche, ce lien entre pays de naissance et allaitement diminue à partir de la deuxième génération par phénomène d'acculturation. L'on constate ainsi que dès lors qu'ils sont nés en France, les parents mettent en place des pratiques semblables à celles de la population générale, et ce, quelle que soit leur ascendance. Pour étayer cette idée, le neuropsychiatre Cyrulnik précisait, en 2004, que « *les femmes migrantes isolées oublient en une génération les techniques de maternage traditionnelles* ».

Pour ces différentes raisons, nous avons souhaité intégrer dans notre étude des femmes immigrées de première génération uniquement, à savoir celles nées sur le continent africain et arrivées en France avant leur accouchement.

### **1.3.2.2 ... à l'intégration des normes du pays d'accueil**

Le discours est cependant plus nuancé pour Françoise Rovillé-Sausse, qui conclut, dans son étude anthropologique « *L'alimentation des premiers mois en France* », que les mères immigrées adoptent toujours un comportement différent par rapport à celui constaté dans le pays d'origine, même si elles n'adoptent pas le modèle du pays d'accueil dès leur arrivée [23].

Cette modification du comportement peut s'expliquer en partie par le désir d'intégration et l'image de la femme occidentale. C'est ce qui résulte de l'étude « *Allaitement et maternage chez les femmes originaires d'Afrique de l'Ouest : quelle place pour les professionnels de santé ?* » déjà citée plus haut [13].

Selon cette dernière, plusieurs raisons peuvent expliquer le fait que les mères immigrées délaissent l'allaitement. Tel est le cas, tout d'abord, de leur volonté de s'intégrer dans le pays d'accueil. Il arrive que cette volonté aille jusqu'à l'acculturation, c'est-à-dire l'assimilation totale des pratiques du pays d'accueil. Par ailleurs, l'image de la femme occidentale — indépendante, qui s'assume et travaille à l'extérieur — est totalement



différente de celle à laquelle elles ont été habituées dans leur pays d'origine – où elles sont surtout valorisées dans leur rôle de mère. Contraintes de travailler pour nourrir leur famille, il leur est difficile, pour des raisons pratiques, de poursuivre l'allaitement. Elles adoptent alors le biberon au détriment du sein pour être plus disponible à leur travail.

Le même constat est posé par l'étude « *L'allaitement maternel : une dynamique à bien comprendre* » [14]. D'après celle-ci, le fait pour les femmes migrantes de donner le biberon apparaît comme une « *suite logique* ». Par « *imitation prestigieuse* », elles adoptent les pratiques du pays d'accueil. Elles sont confortées dans leur comportement par la publicité faite autour du lait infantile, qui est bien souvent présenté comme ce qu'il y a de mieux pour l'enfant. Quelques mères résistent, mais face au discours du personnel soignant concernant le poids de l'enfant et l'espacement des tétées, elles se sentent souvent perdues et finissent par délaisser l'allaitement au profit du biberon. L'étude constate ainsi que 20 % des mères africaines ont délaissé l'allaitement dès la sortie de la maternité.

Ainsi, l'origine du pays et la culture conditionnent fortement le choix d'un allaitement, qu'il soit exclusif ou partiel. Néanmoins, la part d'occidentalisation est à prendre en compte pour considérer la problématique dans sa globalité. Nous proposons d'évaluer cette influence en interrogeant la patiente sur ses conditions d'arrivée en France et sur son ressenti par rapport à l'allaitement dans son pays d'origine et à celui pratiqué en France. Cela passera également par des questions et l'utilisation des photos du protolangage.

## **1.4 Une patiente au statut particulier**

### ***1.4.1 Une double vulnérabilité***

Ces constats vont dans le sens du trauma migratoire défini par Tobie Nathan, psychologue et fondateur d'un centre d'ethnopsychiatrie : il explique, au travers de ses travaux sur l'ethnopsychiatrie, le schéma de vulnérabilité dans lequel se retrouve tout

immigrant. Lors de l'immigration, ces femmes ôtent une peau psychique pour en revêtir une autre dans le pays d'accueil. Il explique que ces femmes ont une tendance inconsciente à cliver avec leur pays d'origine [25]. Ce creux identitaire lors du départ peut ensuite aboutir à une vulnérabilisation lors de l'arrivée dans le pays d'accueil.

Cette vulnérabilité psychique intrinsèque au statut migratoire s'ajoute à une autre vulnérabilité : celle de la « *transparence psychique* » de toute femme enceinte, comme l'explique Monique Bydlowski [26].

Selon ces deux théories, une femme enceinte et migrante affiche donc une double vulnérabilité : d'une part en raison de cette perte de repères identitaires du groupe et, d'autre part compte tenu de son état psychique lié à son état de femme enceinte.

### **1.4.2 Des patientes catégorisées**

Lors de nos passages en suites de couches, il nous a semblé que les professionnels de santé pouvaient être pris au dépourvu face aux mères immigrées ayant décidé de pratiquer l'allaitement partiel. N'ont-ils pas tendance à catégoriser les femmes immigrées ?

Priscille Sauvegrain, sage-femme et sociologue, s'est particulièrement intéressée aux processus de catégorisation des femmes africaines par les professionnels soignants. Dans son étude « Des "femmes africaines" à la "mère africaine" en maternité » [27], elle a montré qu'en suites de couches, la façon, pour le personnel soignant, d'appréhender les femmes africaines évolue, passant d'une « *figure plus ou moins plurielle des "femmes africaines"* » à une *figure univoque de la "mère africaine"* ». Elle ajoute que les pratiques des soignants à l'égard de ces femmes sont influencées par leurs représentations [27].

Un autre article, « À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes "migrantes" dans trois maternités franciliennes » met en lumière les catégorisations ethniques et les pratiques médicales en maternité à l'égard des mères immigrées [28]. Il indique que ces femmes sont implicitement mises en opposition aux femmes blanches et considérées par le personnel médical tantôt comme « *plus difficiles* »

(car moins observantes), tantôt comme « *plus faciles* » (dès lors qu'elles suivent les recommandations des médecins).

Pour une grande partie du personnel soignant, les mères immigrées africaines, considérées comme plus proches de la nature, « *savent déjà comment faire* » et sont dès lors plus autonomes en ce qui concerne la grossesse et l'allaitement. Elles font ainsi souvent figure de patientes idéales, déjà informées et ayant moins besoin des professionnels de santé. Cette image est-elle véridique ou s'agit-il, au contraire, d'un a priori ? En intégrant ainsi l'idée que la patiente africaine « sait allaiter », l'accompagnement proposé aux femmes africaines ne risque-t-il pas d'être altéré, même inconsciemment, par des professionnels de santé déjà débordés ?

Il est difficile de répondre à cette question. Car si plusieurs études portent sur la manière dont les professionnels de santé peuvent catégoriser, inconsciemment ou non, la femme africaine, la relation inverse n'a pas été étudiée : peu de données permettent donc de connaître le regard et l'attente de ces femmes vis-à-vis du personnel soignant. C'est cette question que nous essaierons d'appréhender dans notre enquête.

# **DEUXIEME PARTIE : DEMARCHE DE RECHERCHE, MATERIEL ET METHODE**

## **2.1 Les axes de recherche**

### **2.1.1 *Problématique***

Les femmes migrantes d'origine subsaharienne sont nombreuses dans le service de suites de couches des maternités du nord parisien. Nous avons pu constater que ces femmes pratiquent un allaitement maternel exclusif, artificiel, ou mixent les deux types. La pratique simultanée de l'allaitement maternel et artificiel ne va pas dans le sens des connaissances actuelles sur la physiologie pour une bonne mise en place de la lactation maternelle. Nous souhaitons tout d'abord nous interroger sur leurs motivations, la place de la tradition et de la culture dans ce mode d'allaitement, la part d'adhésion aux normes du pays d'accueil. Quel est le niveau d'information et de croyances de ces femmes au sujet de l'allaitement partiel ? Leur parcours migratoire et leur vie en France ont-ils eu un impact dans leur décision de recourir à un allaitement partiel ?

Dans un second temps, nous souhaitons comprendre si leur entourage a joué un rôle dans leur décision de pratiquer un allaitement partiel : quelle est la place de l'entourage, au sens large, dans la décision d'allaiter ; quelle est la place de la famille et du conjoint, mais aussi des professionnels de santé ? Par ricochet, nous nous questionnerons sur la place de ces derniers dans l'accompagnement des patientes dans leur choix d'allaitement.

### **2.1.2 *Objectifs***

Au travers de la présente étude, nous poursuivons deux objectifs :

- Objectif principal : évaluer les représentations et les connaissances sur l'allaitement partiel des femmes d'origine subsaharienne qui pratiquent ce type d'allaitement en suites de couches : part du culturel, influence du pays d'accueil, connaissances propres.

- Objectifs secondaires :

- Évaluer la place de l'entourage dans leur décision d'allaiter de cette manière
- Interroger le rôle des sages-femmes dans l'accompagnement de ces femmes.

### **2.1.3 Hypothèses**

Les hypothèses de travail sont les suivantes :

- En France, les femmes d'origine subsaharienne immigrées de la première génération pratiquent un allaitement partiel par tradition familiale et culturelle.
- Les connaissances de ces femmes sur l'allaitement sont partielles.
- Ces patientes ont un entourage soutenant (personnel et professionnel) à l'égard de leur allaitement partiel.

### **2.1.4 Les variables recueillies**

- Les connaissances de ces femmes sur l'allaitement ;
- La représentation et les croyances sur l'allaitement maternel/artificiel ;
- La part de la culture et de la tradition familiale dans la décision d'allaiter ;
- La place de l'entourage familial ;
- L'accompagnement par les professionnels de la lactation (sages-femmes, auxiliaires de puériculture, conseillères en lactation).

## **2.2 L'étude**

### **2.2.1 Obligations réglementaires et éthiques**

L'objet de cette étude est de nous entretenir avec des patientes migrantes au sujet de leur allaitement. Comme pour toute recherche incluant la personne humaine, la

présente étude entre dans le cadre de la réglementation RGPD. De type médico-sociale, cette recherche a donc fait l'objet, dans un premier temps, d'une déclaration au registre RGPD de l'APHP.

En outre, en raison de sa dimension éthique, cette recherche a nécessité l'accord préalable du Comité d'Éthique de Paris Descartes. Le Comité a pour mission d'évaluer les projets de recherche et études, dans le champ des sciences humaines et sociales ou dans le domaine médical. La présente recherche rentrant dans ce domaine d'expertise, un dossier a été déposé auprès du Comité en septembre 2020 pour avis. L'objet de l'étude est passé en commission le 13 octobre 2020 et a reçu un avis favorable.

À la suite de cet avis, nous avons pu aussitôt démarrer les entretiens.

## **2.2.2 L'outil méthodologique**

### **2.2.2.1 Type d'étude**

Afin d'évaluer les motivations des femmes immigrées à pratiquer un allaitement partiel, nous avons mené des entretiens individuels semi-directifs. L'objectif de cette étude étant de faire émerger des représentations et expériences individuelles des femmes au sujet de l'allaitement partiel, les entretiens semi-directifs sont apparus comme l'outil le plus enrichissant dans la mesure où ils sont particulièrement favorables à la liberté de parole.

À cette fin, nous avons élaboré une grille d'entretien (présentée en annexe) qui a servi de fil conducteur lors des différents entretiens. Trois grands thèmes y sont abordés :

- L'allaitement partiel de la patiente depuis la naissance de son enfant ;
- Ses connaissances sur les pratiques d'allaitement dans son pays d'origine ;
- La place de son entourage (conjoint, famille, professionnels de santé) dans son choix d'allaiter.

La nature des entretiens fut propice à une grande liberté de parole. Globalement, l'ordre des thématiques a été respecté.

### **2.2.2.2 Introduction du photolangage**

Compte tenu de la population cible, la langue et les difficultés de compréhension peuvent être des barrières à la bonne compréhension des questions. Pour lever en partie ce biais, il nous a semblé intéressant d'utiliser la méthode du photolangage pour enrichir nos entretiens et relancer la discussion le cas échéant. En effet, le photolangage est une méthode qui facilite l'expression et les échanges sur un sujet. D'après Wikipédia, elle consiste à montrer à l'intéressé des photographies sur un thème pour atteindre « les dimensions émotionnelles, imaginaires et symboliques de ses expériences présentes et passées ».

Par exemple, en montrant la photo d'un biberon, nous souhaitons interroger la femme sur ce que ce biberon représente pour elle : le biberon est-il un symbole de prestige et d'intégration occidentale ? Le biberon est-il un objet que l'on voit « au pays » ? Est-il utilisé pour calmer les pleurs du bébé ? La puissance de l'image permet ainsi d'accéder à des représentations et à des idées non exprimées par ailleurs, que nous n'aurions peut-être pas atteintes par le simple langage.

Pour chacun des trois thèmes évoqués, nous avons sélectionné une image, et ce, pour différentes raisons :

- Pour le premier thème, concernant les pratiques de l'allaitement partiel, nous avons choisi une image de biberon avec du lait en poudre. En montrant un biberon, nous souhaitons voir ce que cette image représente pour la personne interrogée afin de mieux comprendre ses choix d'allaitement.



- Pour le thème sur les connaissances des rituels au pays, nous avons sélectionné une image issue des campagnes de promotion de l'allaitement maternel en Afrique. Cette image est extraite d'un rapport de l'Unicef<sup>2</sup>. Comme énoncé en première partie, les agences des Nations Unies et les ONG humanitaires ont œuvré en Afrique subsaharienne pour encourager l'allaitement maternel. Elles se sont appuyées entre autres sur les médias, par le biais de campagnes de communication, dont cette image est extraite.



L'intérêt de cette image est double :

- D'une part, il est intéressant de savoir si la patiente a déjà vu ce genre de campagne d'information lorsqu'elle habitait encore en Afrique, et si elle a déjà été sensibilisée à la « supériorité » de l'allaitement maternel sur tout autre type d'allaitement.
- D'autre part, il est utile de voir comment la patiente réagit face à cette image qui fait la promotion de l'allaitement maternel. Que pense-t-elle du biberon « barré » ? Cette image permet d'aborder les différences entre les deux types d'allaitement et d'évaluer si, selon elle, l'un est plus important que l'autre. La nette opposition « lait maternel / lait industriel » a son intérêt, car la patiente

---

<sup>2</sup> : Rapport de l'Unicef « Protéger l'allaitement maternel en Afrique de l'Ouest et du Centre - 25 années d'Application du Code International sur la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel ».



a choisi de pratiquer les deux modes d'allaitement. Recueillir son avis sur cette opposition nous semblait dès lors riche d'enseignements.

- Enfin, pour le thème relatif à la place de l'entourage, nous avons choisi l'image d'une mère allaitant son bébé, avec une deuxième personne l'aidant pour la mise au sein.



Sans supposer de lien entre cette mère qui allaite et la personne « accompagnante », nous souhaitions recueillir l'avis des patientes sur l'allaitement au sein d'une part, et l'identité de cette personne d'autre part : pour elle, s'agit-il de sa propre mère, d'une grand-mère, d'une sage-femme... ?

Au début de l'étude, nous souhaitions recourir à ces images de manière ponctuelle, pour permettre de relancer la conversation le cas échéant, si des patientes ne parvenaient pas à exprimer clairement leurs représentations.

Toutefois, lors des deux entretiens « tests », destinés à expérimenter la grille d'entretien, nous avons remarqué que l'utilisation de ces photos donnait la possibilité d'enrichir fortement le discours des patientes, même si elles avaient déjà été loquaces. En outre, nous avons vite constaté que les sentiments et les interrogations que ces photos pouvaient soulever permettaient d'accéder à des représentations auxquelles le discours seul ne donnait pas accès. Nous avons donc pris le parti de présenter systématiquement ces photos à toutes les patientes interrogées.

### **2.2.3 La population**

La population ciblée par l'étude concerne les femmes nées en Afrique, résidant sur le territoire français, et qui pratiquent, par choix, un allaitement partiel dès la naissance de leur enfant. Dès lors, les patientes contraintes de donner des compléments par nécessité thérapeutique n'ont pas été incluses dans l'étude.

Plus précisément, nous avons sélectionné les patientes en fonction des critères d'inclusion suivants :

- Femmes qui pratiquent un allaitement partiel par choix, dès la naissance ;
- Migrantes (nées en Afrique et résidant en France) ;
- Originaire de pays d'Afrique francophone ;
- En service de suites de couches, entre J0 et J3 ;
- Grossesse unique ;
- Quel que soit le mode d'accouchement (voie basse ou césarienne) ;
- Terme supérieur à 37 semaines d'aménorrhée ;
- Enfant eutrophe, sans indication médicale à donner des compléments de lait.

Les critères d'exclusion pour cette étude ont été les suivants :

- Grossesses multiples ;
- Pathologie qui induirait un allaitement partiel ;
- Allaitement mixte décidé après l'accouchement (allaitement maternel exclusif à la naissance puis changement d'avis au cours du séjour en suites de couches).

### **2.2.4 Le déroulement de l'étude**

Les entretiens se sont déroulés en octobre 2020 au sein de trois maternités du nord parisien. Pour cela, nous avons recueilli au préalable l'accord des chefs de service et des cadres de suites de couches de chacune des maternités.

Ces trois maternités sont :

- L'hôpital Bichat – Claude-Bernard – Paris ;
- L'hôpital Lariboisière – Paris ;
- Le Centre Hospitalier Delafontaine- Saint-Denis ;

### **2.2.5 Les modalités d'entretien**

Les entretiens se sont tenus sur octobre 2020, lors de l'épidémie de COVID. Dans le respect des mesures barrières et afin de protéger les participants et les personnes impliquées dans cette recherche, nous nous sommes mis en conformité avec les mesures préconisées par les structures hospitalières qui ont accueilli cette étude.

Conformément à ce type de recherche, les patientes en suites de couches ont tout d'abord été sélectionnées sur dossier en fonction des critères d'inclusion / d'exclusion précédemment cités.

Plus précisément, une fois les accords réglementaires et éthiques obtenus, nous avons effectué des passages réguliers au sein du service de suites de couches pour vérifier la présence de potentielles participantes. Avec l'aide des sages-femmes présentes dans le service, nous avons réalisé au préalable une première sélection des patientes correspondant aux critères d'inclusion. Ensuite, nous sommes allés voir chacune d'entre elles pour présenter notre étude, solliciter leur accord pour leur participation, et leur remettre la lettre d'information validée par le Comité d'Éthique. Nous les avons informées, une par une, sur le but de l'étude, leur droit de retrait et de rectification ainsi que sur l'accès aux résultats globaux de l'étude.

Une fois le consentement recueilli par écrit, les entretiens se sont déroulés dans la chambre de la patiente, individuellement, en face à face, sans entourage (sauf exception), pour permettre un temps d'échange propice à la discussion. Il est à noter que pour deux patientes, le conjoint est arrivé en cours d'entretien ; ce dernier a alors été interrompu durant le temps de présence du conjoint pour être repris ensuite. Pour une patiente, le

conjoint était présent dès le début et a joué le rôle d'interprète, car sa femme préférait parler dans son dialecte d'origine.

À la fin de l'entretien, nous avons demandé à la patiente si elle avait des remarques complémentaires sur l'allaitement ou si des points qui lui semblaient importants n'avaient pas été abordés au cours de la discussion.

Nous tenons à préciser que notre étude a globalement été très bien accueillie : toutes les patientes rencontrées ont accepté de participer aux entretiens, à l'exception d'une seule patiente, qui a refusé pour des raisons personnelles.

## **2.2.6 L'analyse des données**

Avant de procéder aux entretiens avec les patientes sélectionnées, deux entretiens « tests » ont été réalisés. Cela a permis de comprendre si la grille d'entretien semblait judicieuse, si les thématiques étaient comprises et si la dynamique d'échange était fluide. La grille a nécessité peu d'ajustements. En revanche, ces entretiens préalables ont souligné l'intérêt de montrer systématiquement les images aux patientes.

Pour arriver au seuil de saturation des idées et terminer le recueil des données, nous avons mené les entretiens auprès de quinze patientes. L'ensemble des entretiens a pu être enregistré, en accord avec les patientes, pour permettre ensuite le travail de retranscription.

Nous avons retranscrit les quinze entretiens, selon un type de retranscription « sociologique ». En effet, cette étude se basant sur les représentations de l'allaitement chez des patientes africaines, il nous semblait important de tenir compte des expressions non verbales (blanc, énervement, rire, doute, silence).

Nous avons ensuite procédé à une analyse qualitative « thématique ». Un tableau synoptique présentant les éléments de réponse pour chaque participante a facilité l'analyse des concordances et des discordances retrouvées dans les discours des patientes.

## 2.3 Le profil des participantes

### 2.3.1 Caractéristiques

Quinze patientes ont participé aux entretiens. Leur nom et prénom ont été effacés et les entretiens anonymisés. Pour rappel, toutes les patientes ont été pseudo-anonymisées (au sens défini par le RGPD) à savoir, que leur nom a été substitué par une lettre, ne correspondant pas à leur initiale.

Leurs caractéristiques sont résumées dans le tableau ci-dessous :

	Age	Parité	Origine	Niveau étude	Arrivée en France	Profession
Mme F	32	3	Sénégal	Primaire	2018	Aucune
Mme L	35	3	Côte d'Ivoire	BEPC	2012	Aucune
Mme G	25	2	Mauritanie	CAP	2012	Aucune
Mme P	23	3	Sénégal	CM2	2016	Aucune
Mme C	25	1	Congo	Bachelor	2013	Aucune
Mme T	31	2	Cameroun	Secondaire	2020	Aucune
Mme E	25	1	Côte d'Ivoire	BEPC	2019	Aucune
Mme K	30	2	Guinée Conakry	Licence	2019	Assistante commerciale
Mme B	32	4	Côte d'Ivoire	Aucun	2018	Aucune
Mme N	25	1	Côte d'Ivoire	DCG (compta et Gestion)	2018	Etudiante
Mme S	32	2	Congo	BEPC	2017	Aucune
Mme M	34	2	Côte d'Ivoire	Licence	2016	Formation courtière
Mme Z	29	2	Cameroun	Secondaire	2018	Aucune
Mme R	23	1	Côte d'Ivoire	Licence éco	2019	Etudiante
Mme O	27	2	Cameroun	CAP	2014	Aide-soignante

### **2.3.2 Antécédents d'allaitements pour les multipares**

Sur les onze patientes qui avaient un antécédent d'allaitement, voici leur manière d'allaiter :

- six d'entre elles avaient déjà pratiqué exclusivement un allaitement mixte pour leur(s) autres enfant(s), que ce soit dans leur pays d'origine ou en France.
- deux ont déclaré avoir donné uniquement le sein à leur premier enfant. Il s'agissait à chaque fois de deuxième-pares. Il est à noter que ces deux patientes habitaient alors dans leur pays d'origine.
- deux femmes ont déclaré avoir des antécédents d'allaitement au sein uniquement pour leur premier enfant, puis être passées à l'allaitement mixte pour le deuxième et/ou le troisième enfant.
- une seule patiente, une deuxième-pare, a déclaré avoir pratiqué un allaitement artificiel pour son premier enfant.

Il est intéressant de noter que, pour toutes les patientes, les antécédents d'allaitement maternel exclusif — quand il y en a — ont eu lieu uniquement dans leur pays d'origine.

Pour celles ayant un antécédent d'allaitement mixte, il se répartit équitablement entre la France et le pays d'origine.

Enfin, en ce qui concerne les femmes ayant pratiqué les deux types d'allaitement dans le passé, le sein a toujours été donné pour le premier enfant, l'allaitement mixte ayant eu lieu pour le deuxième.



## TROISIEME PARTIE : RESULTATS ET ANALYSE

### 3.1 Les connaissances sur l'allaitement

#### 3.1.1 La pratique de l'allaitement mixte

Il apparait, au fil de notre enquête, que les participantes pratiquent l'allaitement mixte de manière assez similaire : toutes allaitent leur enfant en donnant le sein et complètent cet allaitement avec du lait artificiel en biberon. En revanche, les manières d'allaiter diffèrent dans le rythme et la manière de donner ces deux types de lait.

Ainsi, certaines patientes vont, à chaque tétée, donner le sein, puis proposer systématiquement un complément de biberon. Une autre a choisi de donner le biberon le matin « *très tôt pour la charger, pour qu'elle puisse dormir après le bain* » (Mme B). Une autre encore préfère nourrir son enfant au biberon « *la nuit parce que c'est plus consistant et ça permet qu'il dort pendant longtemps* » (Mme T). Enfin, l'une d'entre elles nous indique nourrir son enfant de manière systématique, toutes les trois heures, en alternant sein et biberon de lait artificiel d'une tétée à une autre : « *Oui, à chaque trois heures de temps, je lui donne d'abord le sein, c'était pour stimuler le lait* » (Mme K).

Toutes les patientes ont mis leur bébé au sein dès la naissance, et ce, principalement pour une question d'apprentissage ou parce qu'on leur a dit qu'il fallait mettre le bébé au sein pour favoriser la montée de lait : « *Dès que j'ai accouché, quand on m'a mis le bébé sur la poitrine, genre on a fait du peau à peau, donc elle m'a demandé si je voulais allaiter, j'ai dit que oui. Donc elle a regardé mes seins, elle a dit qu'il y avait pas de... de lait, mais il y a un liquide qui était très nourrissant pour l'enfant* » (Mme R).

Ainsi, sans exception, les patientes interrogées ont toutes donné leur colostrum et ne l'ont pas jeté. Cela étant, il est intéressant de noter que, pour la très grande majorité des patientes, la notion de « colostrum » n'est pas connue. Les jeunes mères interrogées pensent, dans leur très grande majorité, ne pas avoir de lait : « *J'ai donné seulement du... j'ai commencé le biberon parce que le sein n'est pas encore arrivé* » (Mme S) ; « *Aujourd'hui,*



*c'est le troisième jour. Euh... je commence à avoir du lait » (Mme K) ; « Oui, je n'avais pas... je n'avais pas de lait en fait » (Mme Z) ; ou bien encore : « Je lui avais donné le sein, mais comme j'ai pas encore de lait, après j'ai donné du biberon » (Mme P). Toutes, à leur manière, expriment l'idée qu'elles n'ont pas de lait avant la montée laiteuse : « Donc tu sentais qu'il n'y avait rien. Et quand tu appuyais, rien ne... rien ne sortait » (Mme T).*

Seules deux patientes avaient notion d'un lait différent dans les premiers jours de vie, dont l'une le nomme, sans être certaine, « *le colostrum, je crois ?* » (Mme M) : « *J'ai demandé, ils m'ont dit aussi c'est... c'est très... c'est très nutritionnel pour le bébé. Ils me l'ont expliqué et du coup, je lui ai donné dès le premier jour* » (Mme K).

La moitié des patientes déclarent par ailleurs qu'elles ont donné ou donneront de l'eau à leur enfant dans les jours qui suivront le retour à la maison. Plusieurs motivations sont évoquées. L'une d'entre elles voulait essayer de donner un peu d'eau à son bébé, sans raison précise, juste pour « *voir s'il aime bien l'eau, parce que sa mère, elle aime bien l'eau* » (Mme G). Il peut s'agir également de reproduire une habitude prise pour le premier enfant. D'autant plus que le lait est bien souvent considéré par ces patientes comme ne suffisant pas à hydrater correctement l'enfant : « *Comme il faisait tellement chaud, il faisait très très chaud, j'ai donné de l'eau* » (Mme O) ; « *Parfois très... il... il a aussi soif parfois. Donc il faut lui donner un peu d'eau. Parce que le lait, même... quand on boit le lait, parfois on a la gorge sèche, donc il faut un peu de l'eau pour hydrater la gorge et tout.* » (Mme L). Enfin, donner de l'eau est parfois considéré comme un moyen de calmer les pleurs de son bébé qui a soif : « *Je vais essayer de l'eau, peut-être que ça commence à calmer parce que tout le monde a besoin de soif de l'eau.* » Les raisons justifiant de donner de l'eau en complément du lait maternel et infantile sont donc très variées pour ces patientes.

Notons toutefois qu'aucune patiente n'a déclaré donner un autre aliment ou boisson à son enfant depuis sa naissance tel que des tisanes ou des bouillies. Pour l'ensemble des patientes interrogées, nous pouvons parler effectivement d'allaitement mixte, et non partiel, au sens défini par l'OMS, abordé en première partie de cette étude.

### **3.1.2 Les connaissances sur la qualité du lait**

Sur le plan des connaissances, globalement, les patientes ont toutes conscience des différences entre le lait maternel et le lait artificiel.

En ce qui concerne le lait maternel, nous avons pu dégager de l'ensemble des entretiens une sémantique commune, à savoir que le lait maternel est considéré comme « *naturel* » ou bien encore « *bio* ». Les patientes savent toutes que le lait maternel est plus protecteur que le lait artificiel : pour trois d'entre elles, le lait maternel comporte des « *anticorps* ». D'autres, sans mentionner le terme « *anticorps* », se réfèrent tout de même cette notion. Par exemple en indiquant, à propos d'un premier enfant nourri au sein, qu'« *il y a des fièvres mais pas trop* » (Mme S) ou que le lait maternel, en comparaison avec le lait artificiel est « *plus jaune* » et que « *c'est bon pour sa santé* » (Mme F).

Pour certaines patientes, le lait maternel est également plus « *nutritionnel* » : il comporte davantage de « *nutriments* ». Elles considèrent dès lors qu'il « *[...]n'y a pas un autre lait qui [...] pourrait le remplacer* » (Mme K). Une patiente ajoute même : « *Ça vient de Dieu, non ? Alors que ça, c'est... certainement, c'est fabriqué, ouais. Tout ce qui est naturel est meilleur* » (Mme R).

Nous avons par ailleurs relevé chez quatre patientes une notion commune sur le lait maternel selon laquelle ce lait agit sur le cerveau de l'enfant. Ainsi, le lait maternel « *est bon pour l'enfant, pour son cerveau* » (Mme F) ; « *c'est le lait maternel qui développe plus le cerveau de l'enfant* » (Mme L) ; le lait maternel, « *c'est bien [...] pour le cerveau des enfants* » (Mme P). Une autre patiente, sans forcément adhérer à cette vision, rapporte ce qui est dit dans son pays : « *C'est la tête des vieux et des vieilles hein [...] : une femme qui allaite un bébé, l'enfant et celui qu'on allaite avec le biberon, ils n'ont pas les mêmes intelligences* » (Mme B). Elle poursuit en expliquant que cette notion sur l'intelligence est soutenue par les anciens « *pour les jeunes filles qui veulent allaiter l'enfant avec le biberon* ». Cette pensée est fortement ancrée, car lorsqu'un enfant, même plus grand, fait une bêtise, l'on dit « *mais laissez-le, c'est normal, il n'a pas tété le sein de sa mère, voilà pourquoi il est comme ça* ». Il est intéressant de souligner que cette croyance culturelle est en rapport étroit avec ce qu'ont démontré de nombreuses études, à savoir qu'il y a une

corrélation forte entre allaitement maternel exclusif et un meilleur développement cognitif et psychosocial. D'après une méta analyse a montré que l'allaitement maternel était associé à des scores significativement plus élevés pour le développement cognitif que l'allaitement maternisé [29]. Une autre étude de 2013 a montré l'allaitement exclusif permettait une croissance en substance blanche bien plus élevée que l'allaitement mixte ou artificiel [30]. Plusieurs études laissent supposer que les bienfaits du lait maternel sur le développement cognitif est lié notamment aux acides gras polyinsaturés présents dans le lait maternel [18]. De plus, l'interaction mère- nourrisson pendant la tétée conduit à de meilleurs résultats sur le développement intellectuel [31]. Tous ces points montrés dans de nombreuses études vont dans le sens de cette croyance populaire qui lie le lait maternel au développement cognitif de l'enfant.

En revanche, nous avons également noté la présence d'une fausse croyance, que l'on retrouve chez quasiment toutes les patientes, qui, comme déjà mentionné, concerne les premiers jours suivant la naissance, avant la montée laiteuse. Les jeunes mères interrogées pensent, dans une très grande majorité, ne pas avoir de lait avant leur montée laiteuse. Seules deux patientes ont eu notion du colostrum.

En ce qui concerne le lait artificiel, les réponses des patientes semblent moins précises. Deux patientes indiquent que le lait artificiel est « *chimique* », tandis que trois patientes ne savent pas quoi répondre. Plusieurs ont conscience que le lait artificiel ne peut constituer une alimentation à part entière, et considèrent qu'il s'agit uniquement d'un « *supplément* », pour « *charger* » le bébé. De même, le lait artificiel rassasie plus le bébé, c'est « *plus consistant* » que le lait maternel. Avec le lait artificiel, le bébé se sent « *plus accompli ou bien plus mieux ou bien plus rassasié* ». Il est par ailleurs indiqué « *qu'avec le lait [artificiel] souvent c'est bien plus compliqué, la digestion ça prend un peu de temps* » (Mme N). Cette patiente souligne ainsi, à juste titre, que le lait maternel est mieux digéré que le lait artificiel.

Un autre point à relever concerne le « *bon positionnement* » de l'enfant par rapport au sein de la mère. Dans les maternités françaises en effet, les sages-femmes sont formées à ce positionnement et « *éduquent* » les patientes en ce sens, en parlant de la manière de positionner le bébé. Lors de nos entretiens toutefois, la notion de « *position* » au sens

occidentalisé (ventre contre ventre, mamelon en bouche, lèvres éversées...) n'a à aucun moment été mentionnée. Les patientes évoquent, en revanche, la manière de manipuler leur sein afin de nourrir correctement leur bébé : « *Le sein, il est lourd donc comment il faut attraper pour ne pas écraser le nez, [...] Il faut pas trop laisser sur sa bouche sinon sa bouche va devenir large. Il faut savoir bien attraper sinon tu vas boucher son nez* » (Mme B). Il s'agit de voir « *comment attraper le sein pour donner à l'enfant, pour ne pas l'étouffer avec* » (Mme L) ; « *Il faut pas le laisser comme ça parce que le nez avec la bouche, ça commence à... ça commence à étouffer* » (Mme S). Il est intéressant de noter que pour un certain nombre de patientes, la bonne manipulation du sein vise surtout à éviter d'étouffer leur bébé. Ces notions ne vont donc pas dans le sens « occidentalisé » qui s'intéresse surtout à la bonne succion et aux tétées nutritives. En outre, si le bébé est correctement positionné (déflexion de la tête, avec un nez dégagé du sein) il n'y a pas de risque d'étouffement.

Aucune patiente, en revanche, n'a mentionné la présence de douleurs ou de crevasses. Pour une patiente, « *donner du sein c'est un peu... c'est trop... il y a... au début, s'il y a trop de douleurs, ça fait mal* » (Mme G). D'autres ont entendu dire que c'était douloureux, mais ne remontent pas de difficulté particulière les concernant.

Lors de la visualisation de la photo 1 représentant un biberon (présentée en annexe), aucune réaction négative n'a émergé. Trois patientes ont associé le biberon de la photo à des images positives. Le biberon reste pour elles tout de même un moyen d'aider les mères : « *C'est pas mauvais. Pour moi ça va m'aider pour... voilà, pour pouvoir continuer ma vie et tout, voilà* » (Mme M) ; « *C'est pratique. [...] il y a aussi de bonnes vitamines [...] il est bien pour la croissance aussi* » (Mme C). Pour quatre patientes en revanche, cette photo n'a pas suscité d'émotion, ni de réaction spécifique, ni d'idée à la vision du biberon.

Nous avons par ailleurs noté que les remarques et les commentaires allaient souvent au-delà de la simple visualisation du biberon. Ainsi, deux patientes ont mentionné l'aspect « *quantitatif* » et « *trop rempli* » du biberon : « *Ça, c'est la photo d'une... d'un biberon trop plein* » (Mme T), tandis que quatre patientes ont insisté sur l'aspect « *hygiène* », qui ressort très nettement : « *Pourquoi [...] la cuillère de lait, là, qui est renversée par terre ? Quoi, c'est du gâchis* » (Mme O) ; « *Si la cuillère de lait elle tombe à terre, c'est pas... c'est pas... c'est pas du tout normal de la reprendre, de mettre dans le biberon* » (Mme K).

Notons qu'aucune patiente n'a connaissance de l'impact négatif des biberons sur la montée de lait ni ne le mentionne. Comme indiqué plus haut, la mise au sein est mentionnée comme favorisant la montée de lait : « *On m'a dit de continuer de donner à l'enfant que le lait et le lait va monter* » (Mme R) ; « *Ils m'ont dit que si je veux que l'enfant prenne le sein, il faut qu'il s'habitue avec le sein* » (Mme G) ; « *Je lui donne d'abord le sein, c'était pour stimuler le lait* » (Mme K). En revanche, le fait que le biberon pourrait entraver cette mise en place n'est pas mis en avant par les patientes. Il ne nous a pas semblé être connu non plus.

L'ensemble des patientes savent que l'allaitement maternel exclusif est supérieur à l'allaitement artificiel, et le disent très nettement : 13 patientes sur 15 mentionnent la supériorité du lait maternel sur le lait artificiel. L'une d'entre elles met les deux allaitements sur un pied d'égalité. Et une seule ne se prononce pas.

Ces femmes ont donc conscience que le lait maternel est supérieur au lait artificiel, mais elles pratiquent tout de même un allaitement mixte. Intéressons-nous ci-après aux raisons pour lesquelles elles choisissent de mettre en place ce type d'allaitement.

### ***3.1.3 Les motivations pour pratiquer un allaitement mixte***

Lorsque nous interrogeons les patientes sur les raisons pour lesquelles elles donnent du lait artificiel à leur enfant, plusieurs raisons sont avancées.

Une première raison, assez ouvertement exprimée lors des entretiens, est le fait qu'il est important pour elles d'habituer l'enfant à prendre le biberon. Elles anticipent une situation, celle du moment où elles devront se séparer physiquement de leur enfant pour reprendre leur travail : « *Généralement quand on travaille [...] à un moment, le bébé sera laissé tout seul. La maman, elle doit aller au boulot. Si l'enfant il n'est pas du tout habitué à prendre le biberon, mais juste les seins, les premiers jours de reprise de travail seront aussi compliqués pour le bébé* » (Mme K). Ainsi, lorsqu'arrivera le moment où les mères devront laisser leur bébé à une tierce personne, un allaitement exclusif pourrait poser problème lors de la séparation : « *Je veux pas lui donner que le lait maternel parce que là si je vais au*

*travail, il aura des soucis » (Mme L) ; « Et si je le fais pas maintenant, peut-être après il peut refuser carrément » (Mme N).*

Une raison susceptible d'expliquer ce paradoxe est le fait qu'elles associent le travail à une future séparation, mais citent cette situation de reprise du travail à titre d'exemple parmi d'autres. En réalité, le biberon permettrait, de manière plus générale, de laisser son enfant quelques heures, et ce, quelle que soit la situation. Ainsi, comme les patientes ont pu l'affirmer : *« Pour moi, je trouve que c'est nécessaire pour pouvoir m'en sortir et... pouvoir avoir la force de travailler, continuer à travailler et... pour moi c'est nécessaire » (Mme T) ; « Pour moi ça va m'aider pour... voilà, pour pouvoir continuer ma vie et tout, voilà » ; « Le lait maternel, il faut vraiment, vraiment être disponible. Ah, il faut vraiment, vraiment être disponible pour lui donner » (Mme B).*

Le biberon de lait artificiel est donc vu par ces patientes comme une sorte de béquille permettant de les épauler lorsqu'elles sont moins disponibles pour leur enfant : *« C'est pas un truc dramatique, c'est bon. Ça aide aussi la mère aussi à se reposer et tout ça » (Mme L).*

La notion du rassasiement de leur enfant est également énoncée par les patientes. Pour certaines d'entre elles, le lait maternel n'est pas suffisant. Elles le décrivent facilement comme *« plus léger »*, soulignant que l'enfant n'est pas suffisamment *« rempli »* : *« Parce que si c'est avec le lait, c'est vrai [...] c'est naturel et tout, mais ça rassasie pas tout d'un coup » (Mme B) ; « C'est que le lait maternel et que tu ne manges pas aussi bien, euh il sera jamais rassasié » (Mme L).*

Comme vu plus haut, nous avons également pu noter que, pour certaines patientes, donner le biberon leur permettait de pallier leur sentiment de manque de lait des premiers jours *« surtout quand... surtout quand le sein de la maman ne coule pas. On ne peut pas laisser le nourrisson affamé deux jours » (Mme T).*

Enfin, plusieurs patientes indiquent que le biberon est aussi un moyen de calmer les pleurs du bébé : *« Mon fils a commencé à pleurer, c'est pour ça que j'ai donné le biberon, pour calmer » (Mme S) ; « Elle pleure et... je préfère lui donner quelque chose de consistant » (Mme M).*

En résumé, pour ces patientes, le biberon de lait artificiel est considéré comme une aide pour pouvoir nourrir l'enfant : soit quand elles doivent s'en séparer, soit parce que leur lait ne suffit pas à le nourrir non seulement au cours des premiers jours, car « *elles n'ont pas de lait* », ou même après la montée laiteuse, car elles pensent que leur lait est insuffisant.

### **3.1.4 Connaissances sur l'allaitement incomplètes ?**

Notre deuxième hypothèse portait sur les connaissances des femmes interrogées sur l'allaitement, en présupposant que ces connaissances étaient incomplètes et lacunaires.

En interrogeant les patientes sur l'allaitement de manière générale, nous avons pu aborder plusieurs items. Ceux-ci concernaient tant les différences entre les deux laits (maternel et artificiel) que la physiologie de la lactation et la montée de lait, le colostrum ou encore le rythme des tétées. Nous avons pu constater qu'elles connaissent en très grande majorité la supériorité du lait maternel sur le lait artificiel. Certaines sont même très au fait des différences entre les constituants, et savent quel impact bénéfique le lait maternel a sur leur nourrisson. Cependant, nous avons pu noter que ces femmes ont également de fausses représentations sur la lactation maternelle et des « croyances » non étayées. Ainsi, presque aucune d'elles ne connaît l'existence du colostrum ni sa spécificité. Elles pensent pour la plupart ne pas avoir de lait les premiers jours et d'être capables de nourrir correctement leur enfant qu'après leur montée de lait. Certaines nous disent également que ce « premier lait » est insuffisant pour nourrir correctement leur nourrisson qui n'est pas rassasié.

Eu égard à ces éléments, nous confirmons cette deuxième hypothèse.

## **3.2 La part de la culture et de la tradition dans la décision d'allaiter**

### ***3.2.1 Les connaissances sur les pratiques d'allaitement du pays d'origine***

Comme nous avons pu l'aborder en première partie, la culture et les traditions relatives à l'allaitement sont nombreuses, et il serait imprudent, au terme de nos quinze entretiens, d'essayer de tirer des conclusions d'ordre général qui seraient applicables universellement. Comme le fait remarquer l'une des patientes : « *Au Cameroun, il y a beaucoup de différences, beaucoup d'ethnies. Nous sommes peut-être 250... 250 ethnies. On peut être 250 Camerounaises, on ne se comprend pas déjà* » (Mme Z).

Nous avons néanmoins pu dégager de nos entretiens quelques tendances générales, que nous abordons ici.

Tout d'abord, nous avons pu noter que, pour certaines patientes, leurs représentations de l'allaitement tel qu'il est pratiqué dans leur pays ne correspondent pas aux chiffres avancés par les associations que nous avons vus en première partie. Plusieurs femmes soulignent en effet le fait qu'au Pays, on allaite avec le sein maternel exclusivement : « *En Afrique même on ne donne pas le biberon, c'est le sein. Le sein, c'est tout* » (Mme E) ; « *Au Sénégal, on ne donne que du sein* » (Mme P) ; « *Non, parce que chez nous, nous on connaît pas le biberon en fait* » (Mme G) ou encore « *Bah j'ai pas eu de bébé en Côte d'Ivoire, mais j'ai vu les gens faire. Pratiquement, c'est... c'est le lait maternel hein, ouais, pas de biberon. Bah j'ai vu ma sœur, elle a quatre enfants, elle a jamais donné de biberon, c'était tout le temps le sein maternel* » (Mme R).

Par ailleurs, une tendance commune très nette émane des entretiens lorsque l'on aborde la question de l'allaitement artificiel tel qu'il est pratiqué au Pays. Ce sont les femmes qui travaillent qui donnent le biberon à leur enfant, et ce, pour deux raisons majeures. D'une part, elles n'ont pas la possibilité d'allaiter leur bébé du fait de leur travail. D'autre part, il est nécessaire de disposer d'un apport financier suffisant pour acheter du lait en pharmacie, car le lait y coûte cher : « *Bah si tu as les moyens tu peux donner le lait*



*hein, parce que chez nous le lait c'est cher » (Mme Z) ; « Pour ceux qui ont les moyens maintenant, ils vont rajouter le lait infantile là. Mais sinon la... la majo-... la plupart donnent le lait... le lait, le sein quoi. Parce qu'il faut aussi avoir les moyens pour acheter le lait tout le temps, tout le temps, tout le temps parce que c'est... c'est cher » (Mme O).*

Dans leur pays, nourrir son enfant au lait artificiel est donc signe de richesse : c'est la femme qui travaille qui va acheter le lait artificiel : *« En ville... en ville, pour ceux qui... ceux qui sont un peu plus aisés, ils font l'allaitement maternel et l'allaitement artificiel » (Mme L).*

Mais au-delà d'un signe de richesse, pour certaines, le lait artificiel est vu comme le signe d'un certain niveau culturel. Car pour pouvoir donner correctement un biberon, il faut non seulement des moyens financiers, mais également un certain niveau d'instruction : *« Mais pour les familles qui sont plus ou moins, voilà, aisées ou intellectuelles, je vais dire, ils connaissent c'est quoi le biberon, comment ça s'entretient – parce qu'il faut avoir une connaissance aussi sur l'entretien du biberon – pour éviter voilà, que... que le bébé ait mal, voilà. Du coup d'autres font comme ici, c'est la mixité » (Mme K).*

Parfois même, l'allaitement artificiel est considéré comme la manière par défaut d'allaiter : *« Oui. Si la personne n'a pas les moyens d'acheter la boîte de lait, elle est obligée de... de donner juste l'allaitement -... le sein » (Mme T).*

### **3.2.2 Les traditions locales**

Lorsque nous avons demandé aux patientes d'aborder les traditions pratiquées dans leur pays au sujet de l'allaitement, elles les ont évoquées avec une certaine distance, mais ont toutes été assez loquaces à ce sujet. Certains thèmes communs sont apparus chez plusieurs d'entre elles. Nous les exposons ci-après.

### **3.2.2.1 Du lien Mère-Enfant à la « pitié maternelle »**

Plusieurs patientes ont souligné le lien particulier que crée l'allaitement maternel entre une mère et son enfant, non seulement à la naissance, mais également au-delà, une fois que l'enfant est plus grand. Comme le souligne l'une d'entre elles : « *Chez nous, on dit : "l'enfant qui tète est... a beaucoup plus d'amour pour sa maman". Oui, il y a... le lien est assez plus fort que l'enfant à qui on donne que le biberon. Voilà, chez nous on dit ça. Et d'ailleurs même chez nous on dit que [Rire], en donnant le sein à l'enfant, ça... ça vous lie plus* » (Mme M).

D'un point de vue sémantique, deux femmes parlent également de « pitié » de l'enfant pour sa mère : « *Elle peut avoir au moins pitié de toi. Genre, la complicité* » (Mme E). Ce principe de pitié de l'enfant pour sa mère est particulièrement bien expliqué par l'une des patientes ; un enfant nourri au sein par sa mère crée un lien entre la mère et l'enfant, ce qui a nécessairement une répercussion sur le reste des relations, même quand l'enfant grandit :

« *Chez nous, ils disent qu'un enfant qui tète pas le lait des femmes, et... les seins de la mère, n'a pas pitié [...] normalement, une mère qui donne sein à son enfant, vous êtes tout le temps là comme ça, l'enfant peut avoir pitié de sa mère demain. Même en le... en s'occupant d'elle jusqu'à la fin de ses jours. [...] Mais par contre un enfant qui... qui... qui a bu le biberon et tout, ah, du jour au lendemain il peut dire à sa mère : "mais va ch..." Ce genre de trucs. Donc ils trouvent que non, le... le... le sein naturel envoie l'amour maternel à un enfant. C'est ce que les... les... les vieux et les vieilles du village disent... Voilà. Et ça, c'est aussi ce côté de là-bas. Eux, c'est les traditions : la mère donne le sein à son enfant, sinon il y a pas l'amour, il y a pas de... de pitié, il y a pas de... des sentiments entre la mère et l'enfant* » (Mme B).

### **3.2.2.2 Lait maternel et cortex cérébral**

Comme mentionné plus haut dans ce travail, un lien est établi par plusieurs patientes entre le lait maternel et le développement du système nerveux central

L'une d'entre elles explique très bien les traditions et croyances ayant cours dans son pays d'origine et l'impact du lait maternel : d'une part, sur le lien mère-enfant, mais également sur le devenir de l'enfant. Au travers des commérages qu'elle rattache aux vieux et vieilles du village, on devine le poids du culturel, notamment dans les villages : « *Euh culturel déjà à la base, c'est la tête des vieux et des vieilles hein... Chez eux, ils se disent qu'une femme qui allaite un bébé, l'enfant et celui qu'on allaite avec le biberon, ils n'ont pas les mêmes intelligences – c'est ce qu'eux ils se disent en fait... Et à la base, pour décourager soit la mère ou décourager les jeunes filles qui veulent allaiter l'enfant avec le biberon, ils disent : "non, les enfants qu'on donne biberon, ils sont plus bêtes". Ils sont pas assagis. Ils n'ont... ils n'ont pas la sagesse. Donc c'est avec le lait naturel de la mère que l'enfant a la tête tranquille. Donc en fait ils dénigrent plus le biberon que... voilà. Donc c'est comme ça, la plupart, dans les villages... dans les villages qui sont pas sous-développés, jamais ils vont utiliser le biberon. Ah non, c'est impossible parce qu'ils trouvent que non, que c'est pas même éducation. Même... même quand l'enfant grandit, et puis il fait une bêtise, on dit : "mais laissez-le, c'est normal, il.. il n'a pas tété le sein de sa mère, voilà pourquoi il est comme ça" » (Mme B).*

### **3.2.2.3 Les pleurs du bébé et la mère bien nourrie**

Certaines patientes ont mentionné l'importance pour une mère d'être elle-même bien nourrie et bien hydratée pour bien nourrir, par ricochet, son enfant : « *Si elle est bien nourrie, l'enfant n'aura pas de souci. Mais par contre si elle ne mange pas bien, l'enfant ne sera jamais rassasié. Donc c'est aussi bon de lui donner le lait maternel, mais par contre il faut bien se nourrir* » (Mme L).

Nous avons vu, au travers de leurs témoignages, la notion de déshydratation, qui doit être prégnante dans certaines régions d'Afrique d'où elles proviennent. Ainsi, l'une des patientes évoque le fait que certains médecins dans son pays avertissent les patientes quant à leur possible manque de lait, ajoutant que les pleurs de bébé sont liés à ce manque de lait : « *Et parce qu'il y a des femmes aussi, elles ont des problèmes et elles arrivent pas à avoir assez d'eau. Du coup, le médecin lui a dit : "si c'est comme ça, l'enfant il va pleurer" ».*

*Il pleure, il pleure, il donne... il dit : "si vous pouvez acheter du lait et tout" » (Mme N). La même préconisation est donnée en Guinée : « Si la mère elle n'est pas bien alimentée et qu'on n'arrive pas avoir assez de lait, le bébé pleure » (Mme K).*

#### **3.2.2.4 Les tisanes**

Plusieurs patientes mentionnent que, dans leur pays, l'alimentation des bébés est parfois complétée d'eau tiède, de thé ou d'infusions dans le but de calmer les pleurs d'un bébé non rassasié : *« Oui, il y a des familles, ils donnent de... de l'eau tiède ou parfois, je sais pas, du thé quand le bébé pleure » (Mme K). Les compléments sont également parfois donnés pour calmer ce que l'on a reconnu comme étant les coliques du nouveau-né. Au Cameroun, par exemple, on utilise « des petits trucs traditionnels, oui, comme des... des comment dirais-je... des écorces, des écorces imbibées dans de l'eau pour que l'enfant puisse mieux libérer les selles, éviter les ballonnements... Parce qu'il y a un moment, on a l'impression que son ventre... son ventre dérange. Il est toujours en train de se plier et de se retourner donc cette écorce-là permet... cette eau-là en fait permet que... qu'il ne fasse pas ça, qu'il chie normalement et qu'il évacue beaucoup de trucs » (Mme T).*

#### **3.2.2.5 L'opposition Allaitement maternel et artificiel**

Lors du visionnage de la photo 2, nous souhaitons voir la réaction des patientes face à la campagne publicitaire menée dans les pays africains en faveur de l'allaitement maternel. Notre objectif était de confronter leur avis au message publicitaire.

Nous avons pu remarquer à ce sujet quatre positionnements assez nets et répartis équitablement.

Une première catégorie de patientes ne comprennent pas pourquoi le biberon est barré ou ne sont pas d'accord avec le message publicitaire.

Ainsi, une patiente considère que : « *C'est aussi bon de donner l'allaitement... le lait artificiel à un enfant comme l'allaitement... comme de le nourrir au sein aussi. Non non, je trouve que les deux sont ensemble, il y a pas une après* » (Mme L).

Cet avis est partagé par plusieurs autres patientes :

« *Bah pourquoi on met une croix dans le biberon ? Moi... pour moi, le biberon, c'est bien aussi pour les enfants... Si tu mets ton enfant à la crèche et qu'il prend que du sein, est-ce qu'à la crèche on peut donner du sein ? Non. Bah voilà, on donnera le biberon. C'est ça.* » (Mme G) ;

« *Donc [...] l'allaitement naturel est acceptable, et l'allaitement au biberon n'est pas acceptable. C'est ça ? Oui. Mhm [...] pour moi... l'allaitement mixte (Rire.) est nécessaire pour moi. Parce que pour les autres je ne sais pas, mais pour moi, je trouve que c'est nécessaire pour pouvoir m'en sortir et... pouvoir avoir la force de travailler.* » (Mme T) ;

« *Mhm. (Silence.) On dit "allaitement artificiel, non ; allaitement maternel, oui"... Moi je trouve tout ça pareil... moi je trouve tout ça pareil. Il y a des mamans qui donnent naissance aux bébés ici, après la naissance elles décident... Oui, il y a les bébés qui n'ont jamais goûté le lait maternel, mais ils vivent, ils sont forts. Voilà, c'est un peu ça.* » (Mme Z).

D'autres patientes sont en accord avec le message publicitaire :

« *Mhm... Ça veut dire, les biberons c'est pas bon. Le sein c'est nécessaire. C'est bien pour les... pour les allaiter. (Silence.) Je pensais que c'est vrai. C'est ça, ouais.* » (Mme P) ;

« *Interdit... là, ils ont interdit le biberon en Afrique. Là, c'est le sein, il faut donner à l'enfant... C'est le mieux [Rire] Bah il est là, on va voir. Pas un lait... le sein là, c'est lait naturel. Pour ça, on sait même on sait pas, on sait pas, c'est quel lait, tu vois. C'est... c'est un peu bizarre. Il faut donner à un enfant comme cela. Bon, c'est pas la même chose. C'est pour cela, en Afrique, nous on donne le sein... Si, avec le sein, je suis très d'accord (Rire.)* » (Mme E).

Enfin, d'autres patientes encore comprennent le message publicitaire, mais s'en détachent :

*« Moi je vois deux photos. Où il y a une déjà on montre que l'allaitement avec le sein est plus... est plus pratique que l'allaitement avec le biberon. Selon mon idée, ça dépend. Si t'as rien à faire, si t'es pas occupée, si tu sors pas, t'as pas de contrainte tu peux donner facilement le sein, mais si t'as d'autres contraintes, bah t'es obligée. C'est pas une obligation en tant que tel, mais ça fait plus de... Parce que tu peux pas te promener avec un enfant à chaque fois. Et si t'es occupé, forcé, tu vas utiliser le biberon. Sinon s'il y a pas de contrainte tu l'allaites sérieusement, bon c'est ce que je vois » (Mme N).*

Ces femmes n'ont en outre pas mentionné d'éventuelles campagnes publicitaires qu'elles auraient vues lorsqu'elles étaient encore au pays.

De plus, seulement trois patientes ont abordé le fait qu'il s'agissait d'une campagne en Afrique ou de femmes africaines : *« Cette image nous montre que... évidemment c'est... c'est mieux d'allaiter que de donner le biberon à l'enfant, voilà. Ici, on nous dit : « Il faut pas allaiter, donne plutôt le sein à l'enfant », voilà quoi. C'est des personnages africains » (Mme M) ; « Qu'on favorise plus l'allaitement en Afrique. Euh... et beaucoup moins maintenant. Que les femmes elles préfèrent plus donner le biberon maintenant, surtout les jeunes femmes. C'est tout » (Mme C).*

Ces femmes qui ont fait mention de l'origine africaine de ces campagnes étaient détachées du message de la publicité ou ne semblaient pas concernées. Ces témoignages vont dans le sens de la première constatation faite plus haut, à savoir que les femmes que l'on a interrogées sont éloignées de la manière dont on allaite dans leur pays (image erronée déjà mentionnée ou bien éloignée des statistiques). Leur décision de pratiquer un allaitement mixte ne semble pas être en lien avec une tradition culturelle ou les manières d'allaiter dans leur pays d'origine.

Deux patientes ont par ailleurs fait une remarque notable sur la différence de taille entre les deux bébés, soulignant que le bébé nourri au sein paraissait bien plus costaud : *« Là... là, c'est un... c'est une femme qui donne le... voilà, qui... qui donne le sein ; et une autre qui donne juste le biberon, et c'est la différence entre euh... la grandeur des bébés, je vais*

*dire ce que moi je vois dans... dans cette photo. Le bébé qui prend plus le sein il a... ici, il apparait comme un bébé plus costaud par rapport à... à celui qui... qui a juste le biberon. C'est... c'est mon impression » (Mme K). De même : « Là aussi c'est bien, là aussi c'est... ah, il faut... parce que les seins lui donnent des forces, tu vois ? Les anticorps c'est très fort. Les biberons, c'est fort pff... moins d'énergie, ça commence à... puis... Mais les seins là... Tu vois, les différents c'était ça » (Mme S).*

### **3.2.2.6 Un détachement vis-à-vis des pratiques du pays d'origine**

Toutes les femmes ont volontiers évoqué la manière dont on allaite les bébés dans leur pays, au moyen de représentations qui ne semblent pas être en lien avec les chiffres. En effet, pour beaucoup d'entre elles, c'est l'allaitement maternel qui est prépondérant, l'allaitement mixte n'étant pratiqué que de manière sporadique par des femmes qui travaillent, qui ont les moyens ou qui vivent en milieu urbain.

Au cours des entretiens, nous avons posé la question suivante à toutes les patientes : « *Si vous étiez restée au Pays, pensez-vous que vous auriez allaité de la même manière votre bébé ? Et si vous aviez fait autrement, comment auriez-vous fait ?* »

Là encore, aucune grande tendance ne se dégage. Sept patientes disent qu'elles auraient allaité de la même manière si elles étaient restées en Afrique, en donnant à la fois le sein et le biberon. Cinq patientes déclarent qu'elles auraient uniquement donné le sein. Pour ces dernières, on imagine que le fait de résider en France a influé sur leur choix dans leur mode d'allaitement, et que l'intégration du biberon/lait artificiel est conditionnée par le changement de vie. Il n'a toutefois pas été possible de déterminer si leur volonté d'intégrer le biberon dans l'alimentation de leur enfant résulte d'une intégration inconsciente des normes du pays d'accueil, d'une adaptation à un mode de vie en France qu'elles n'auraient pas eu en Afrique, ou encore d'autres items. Une seule patiente a déclaré qu'elle aurait donné le biberon uniquement, et une patiente déclare qu'elle aurait donné du thé en plus à son enfant si elle était restée au pays.

Toutes ces patientes ont montré un certain détachement vis-à-vis des pratiques de leur pays d'origine quant à l'allaitement.

### ***3.2.3 La part du culturel dans le choix de pratiquer un allaitement partiel ?***

Notre première hypothèse était la suivante :

En France, les femmes d'origine subsaharienne immigrées de la première génération pratiquent un allaitement partiel par tradition familiale et culturelle.

Pour cela, deux variables ont été appréhendées au cours des entretiens :

- La représentation et les croyances sur l'allaitement maternel/artificiel ;
- La part de la culture et de la tradition familiale dans la décision d'allaiter.

Nous avons pu constater, tout au long des entretiens, que les patientes ont des connaissances sur les pratiques d'allaitement de leur pays. Les représentations concernant les pratiques d'allaitement sont toutefois souvent en décalage avec la réalité des chiffres communiqués par les divers organismes et associations. S'agissant des femmes que nous avons rencontrées, l'allaitement maternel exclusif reste largement pratiqué « au Pays », et la pratique de l'allaitement mixte est réservée aux femmes qui en ont les moyens et qui n'ont pas le temps d'allaiter, car elles travaillent. Leurs raisons de pratiquer un allaitement mixte en France semblent donc être décorrélées de cette part traditionnelle et culturelle liée à leur pays d'origine. En outre, pour plus de la moitié, les patientes déclarent qu'elles auraient pratiqué un allaitement exclusif si elles étaient restées au Pays.

À la lueur de ces arguments, nous infirmons donc cette hypothèse énoncée. En France, les femmes d'origine subsaharienne immigrées de la première génération pratiquent un allaitement mixte qui ne semble pas être en lien avec leur culture et leurs traditions.



## 3.3 La place de l'entourage

Lors des entretiens, nous avons interrogé les patientes sur leur entourage et leur implication dans la décision de pratiquer un allaitement mixte. Il aurait été trop ambitieux d'investiguer sur la place de la « *famille* » africaine au sens large et du point de vue anthropologique du terme. Un des objectifs de ce mémoire était de déterminer si une entité personnelle avait joué un rôle pour ces patientes dans leur décision d'allaiter ainsi.

Aussi, nous nous sommes intéressés spécifiquement au premier cercle de la femme, à savoir le conjoint. Nous avons, à cette fin, ouvertement demandé aux femmes quelle était la position de leur conjoint par rapport à l'allaitement. En ce qui concerne le cercle familial proche (mère, tante, sœurs, cousines, amies), nos questions sont restées ouvertes, sans nommer un membre de la famille en particulier : nous souhaitions simplement savoir si l'une de ces figures avait eu une place dans la décision des patientes d'allaiter ainsi. Enfin, nous souhaitions également évaluer la place des professionnels de santé, et plus spécifiquement des sages-femmes, pour savoir si notre accompagnement clinique était adapté à ce type de patientes, et quels ajustements, le cas échéant, nous pourrions apporter.

### 3.3.1 Le conjoint

De manière générale, pour l'ensemble des patientes, le conjoint n'a pas tenu de place importante dans leur choix d'allaiter.

Six patientes n'ont pas évoqué la question de leur allaitement avec leur mari. Pour elles, il s'agit d'un choix qui leur est propre : « *Mhm... parlé, non Euh, [...]. En fait, ça dépend de moi surtout parce que c'est moi qui suis avec le bébé tout le temps. Je sais ce que je dois faire quand le bébé est peut-être endormi, et voilà* » (Mme T) et qui se fait naturellement : « *Non, mais c'est... ça se fait naturellement, je pense* » (Mme R).

Cinq patientes en avaient parlé avec leur mari, mais celui-ci était soit d'accord avec le choix de leur conjointe, soit n'a pas émis d'avis : « *Oui oui. [Qu'est-ce qu'il en a pensé ?]*

*Je sais pas [Rire] Lui il n'a aucune idée, il... si je veux, si je veux pas. » (Mme N) ; « Oui, bien sûr... Et... Il est pour l'allaitement artificiel et l'allaitement... l'allaitement artificiel et l'allaitement maternel » (Mme L) ; « Bon en fait, il a dit que ça dépendait de moi. Il n'est pas assez exigeant à ce niveau-là, voilà. Il m'a dit, ça dépend de moi » (Mme M).*

Pour quatre patientes, le conjoint a exprimé sa préférence pour l'allaitement maternel : « *Euh... il est plutôt pour l'allaiter. Il est plutôt pour l'allaitement* » (Mme C). L'un des conjoints, présent lors de l'entretien, a pu répondre directement à notre question : « *Moi je préfère qu'elle lui donne du sein* » (conjoint de Mme F).

Notre impression, au-delà du déclaratif, est que le conjoint n'est pas au cœur de la décision de l'allaitement des femmes de l'étude. Globalement, les patientes interrogées étaient fixées sur leur choix. Elles ont évoqué la question avec leur mari pour les tenir informés de leur décision, plus que pour leur demander leur avis. Il ne nous a pas semblé non plus que le père avait une place importante dans le choix d'allaiter au sein ou au biberon.

De même, il ne nous a pas semblé que le conjoint faisait partie de l'allaitement artificiel de la maman. De manière générale, l'une des raisons souvent invoquées par les femmes qui décident de donner le biberon est la volonté d'intégrer le père dans le repas de leur enfant et de le faire participer en lui faisant donner le biberon. Néanmoins, pour nos patientes, à aucun moment l'implication du père dans les repas de leur bébé n'a été évoquée, et il ne nous a pas semblé que les pères étaient impliqués dans les repas de leur enfant. L'allaitement artificiel, par le biais des biberons, reste l'apanage des mères, qui s'occupent de l'allaitement de leur enfant dans sa globalité.

### **3.3.2 Le soutien de la famille**

À la question « *Avez-vous parlé de votre allaitement, ou de votre choix à quelqu'un dans votre entourage ?* », les patientes ont globalement répondu par la négative. Plus particulièrement, deux grands axes se dessinent pour ces patientes. Soit elles n'en ont pas parlé : c'est le cas pour cinq d'entre elles ; soit elles ont tenu un membre de leur famille

informé : tel est le cas pour six d'entre elles. Il ne s'agissait pas, toutefois, de demander l'avis ou d'avoir l'aval de leurs proches. Elles souhaitaient surtout tenir leur entourage informé de leur choix.

Les patientes qui ont parlé de leur allaitement avec leur famille ont mentionné spontanément leur mère pour cinq d'entre elles, et leur tante pour deux patientes. Une patiente a parlé de sa sœur.

Ces six patientes qui ont parlé de leur allaitement mixte avec leur entourage familial proche (mère, tante ou sœur), au cours de la discussion, ont toutes rapporté « *spontanément* » que leur mère/tante/sœur leur avait conseillé de donner le sein exclusivement, ou à défaut, de mettre l'enfant au sein le plus possible : « [...] *ma tante. Elle me dit : "donne le sein, donne le sein à l'enfant ; tu donnes, c'est très important"* » (Mme E) ; « *Mais ma mère, elle m'a dit que je donne... il faut que je lui donne du sein, il faut pas que je l'habitue avec le biberon* » (Mme G) ; « *ma mère elle m'a demandé si je... j'allaitais, et j'ai dit que pour l'instant je n'avais pas de lait. Elle m'a dit de continuer de donner à l'enfant que le lait et le lait va monter* » (Mme R). Ces mères et tantes qui ont déjà l'expérience de l'allaitement ont donc donné à leurs filles les conseils adéquats pour favoriser la mise en place de la lactation.

Il ressort de ces entretiens que les patientes ont décidé de pratiquer un allaitement mixte, et que l'avis de leur famille ou de leur mère n'est pas entré en ligne de compte. C'est leur choix propre.

### **3.3.3 La place particulière de la mère dans la transmission**

Au cours de l'entretien, seules cinq patientes ont déclaré avoir parlé de leur allaitement avec leur mère. Cependant, lors du visionnage de la troisième photo, pas moins de onze patientes ont déclaré voir la mère aidant sa fille pour la mise au sein. La vision de cette photo a permis de relever plusieurs items en commun entre ces patientes.

Au sujet de la personne accompagnante sur la photo, il s'agit de la mère de la patiente pour la grande majorité des patientes. Onze patientes expriment cette idée : « *C'est... je veux dire... une maman qui apprend à sa fille de... de tenir le sein au bébé* » (Mme T). De manière plus anecdotique, la personne accompagnante représentée sur la photo est un auxiliaire de santé pour deux d'entre elles, ou bien de la famille au sens large pour une seule patiente.

Cette large majorité exprime également de manière spontanée cette mère qui aide sa fille à donner le sein, alors même que, lors de l'entretien, elles n'avaient pas évoqué la place de leur propre mère. Dans leurs visions et leurs représentations, la place de leur mère a donc une importance certaine, même inconsciente.

De plus, pour huit d'entre elles, des notions très claires sont déclarées.

Elles indiquent tout d'abord qu'il s'agit du « *premier enfant* » : « *C'est son premier enfant. Elle est en train de lui montrer comment attraper le sein pour donner à l'enfant, pour ne pas l'étouffer avec* » (Mme L).

Par ailleurs, la mère montre « *comment ne pas étouffer le bébé* » : « *C'est la maman. Ouais. La fille ne connaît pas pour donner les seins comme ça, parce que quand je te donne le sein au bébé, il faut toucher comme ça, il faut pas le laisser comme ça parce que le nez avec la bouche, ça commence à étouffer* » (Mme S).

De manière indirecte, ces femmes ont, dans leurs représentations, l'idée que leur mère est présente et les accompagne pour leur premier enfant. Il y a une transmission qui se fait de la mère à la fille. Pour la majorité des patientes, la transmission de ce savoir sur l'allaitement se fait par les personnes qui ont déjà allaité : leur mère est la première identifiée et représente la principale référente sur l'allaitement. Mais cette référente peut également être leur grand-mère (pour Mme C) ou leur belle-mère (pour Mme P).

Permettons-nous de citer l'échange que nous avons eu avec l'une des patientes, qui pointe tout de même la notion d'accompagnement à l'allaitement :

- « *(Silence.) Euh, l'accompagnement des grands-mères auprès de leurs enfants. Mais ça se fait de moins en moins.*

- *Ça se fait de moins en moins ?*
- *Ouais, je trouve.*
- *Et vous en pensez quoi ?*
- *Qu'on devrait plus être accompagnées. (Silence.) C'est tout.*
- *Accompagnées par qui ?*
- *Euh... par les femmes qui ont déjà eu des enfants et qui ont déjà allaité » (Mme C).*

Pour cette patiente, l'accompagnement et le soutien dans l'allaitement se font par des personnes qui ont déjà allaité, et non par des personnes dont c'est la profession. D'ailleurs, deux patientes seulement voient dans la personne accompagnante « *une auxiliaire* », une professionnelle de santé.

Cette représentation va dans le sens de ce qui a été exprimé par une très grande majorité des patientes, à savoir que l'accompagnement à l'allaitement a lieu avec un proche, en famille. Le savoir sur l'allaitement est détenu par la mère, et c'est généralement elle qui transmet ses connaissances. Elle est présente pour la première mise au sein et montre les gestes adéquats pour ne pas étouffer l'enfant. La notion de montée de lait n'est pas abordée.

### ***3.3.4 Les professionnels de la lactation***

Pour des raisons de commodités, nous utiliserons sous l'appellation générique « *professionnels de la lactation* » l'ensemble des professionnels référents pour la lactation : sages-femmes de maternité, en PMI, auxiliaires, pédiatres...

Comme évoqué ci-avant, il apparaît, au travers des différents entretiens, que les professionnels de la lactation ne sont pas les premiers référents de l'allaitement pour les patientes.

En ce qui concerne la période avant l'accouchement, sept patientes nous ont dit n'avoir rencontré aucun professionnel pendant leur grossesse, sans que cela soit énoncé comme une inquiétude ou une entrave à leurs questions sur l'allaitement. Les autres ont essentiellement rencontré des sages-femmes de PMI ou ont pu bénéficier de cours de

préparation à la naissance. À deux reprises, la situation sanitaire a été mentionnée par des patientes qui n'ont pas pu échanger avec les sages-femmes autant qu'elles l'auraient souhaité. Pour les autres patientes, elles se sont senties bien accompagnées et n'avaient pas de demande particulière à propos des deux allaitements qu'elles pratiquent.

Depuis leur accouchement, onze patientes sur les quinze ont déclaré avoir pu parler et poser les questions qu'elles souhaitaient aux sages-femmes ou aux auxiliaires. Elles étaient satisfaites et n'avaient pas d'attentes en particulier. Deux d'entre elles ont toutefois mentionné un manque dans leur accompagnement par les professionnels de la lactation et auraient souhaité être mieux accompagnées. Ainsi, une a exprimé le besoin d'être plus accompagnée pour son allaitement, qu'on lui explique les positions, l'alternance tétées/biberon, la fréquence des tétées. Du fait de l'épidémie de COVI et de l'annulation des cours de PNP à la PMI, la seconde patiente aurait souhaité plus d'explications sur l'allaitement maternel en général.

De plus, deux autres patientes ont exprimé une incompréhension entre elles et le personnel de santé. Les messages de prévention basiquement délivrés aux patientes par les sages-femmes concernant la mise au sein pour la mise en place de l'allaitement maternel ont été interprétés par les patientes comme une injonction à pratiquer un allaitement maternel exclusif : « *Je comprenais pas au début parce que je me disais que non, peut-être elle veut juste que j'allaite rien qu'avec le sein naturel* » (Mme T) ; « [...] ils demandaient : *“est-ce que vous allez donner le sein à votre enfant ?”* Je leur disais : *“oui oui”*. Bon, j'avais l'impression que ça les rassurait. [...] Quand je disais directement *“oui”*, ils disaient : *“OK, c'est bien”*. Si je disais par exemple l'autre lait là, il dit : *“pourquoi ?”*, ils me poseraient des questions pourquoi... » (Mme O).

Ces patientes ne se sont pas senties comprises ni soutenues dans leurs choix.

Au sujet du colostrum, une patiente a expliqué qu'on le lui avait expliqué : « *le colostrum, je crois ?* » (Mme M) : « *J'ai demandé, ils m'ont dit aussi c'est... c'est très... c'est très nutritionnel pour le bébé. Ils me l'ont expliqué et du coup, je lui ai donné dès le premier jour* » (Mme K). Notons que sans cet étayage, Mme K n'aurait peut-être pas mis son nouveau-né au sein aussi tôt.

### ***3.3.5 La place de l'entourage dans le choix d'un allaitement partiel ?***

Notre troisième hypothèse était relative à la présence d'un entourage soutenant (personnel et professionnel) à l'égard de l'allaitement mixte qu'elles ont choisi de mettre en place.

À cet égard, nous avons étudié deux variables : la place de l'entourage familial et l'accompagnement par les professionnels de la lactation (sages-femmes, auxiliaires de puériculture, conseillères en lactation).

À l'issue des entretiens, plusieurs données ont pu être identifiées. Il apparaît tout d'abord que l'alimentation des nourrissons reste, pour nos patientes, leur décision. Il s'agit d'une décision qui leur est propre. Ainsi, le conjoint est bien souvent tenu informé, mais son avis ne rentre pas en considération dans la manière d'allaiter choisie par les patientes. Ce choix propre concerne autant le mode d'allaitement mixte que la place laissée au père concernant sa participation à la préparation des biberons. L'ensemble des questions concernant la manière de nourrir le bébé relèvent donc de la mère uniquement.

Au-delà du conjoint, nous avons relevé que la famille de la patiente n'est pas informée du choix concernant le mode d'allaitement. Et quand elle l'est, c'est à titre purement informatif. Souvent, les patientes ont exprimé une manière d'allaiter qui ne va pas dans le sens des messages délivrés par leur mère ou leur entourage familial proche qui est, lui, en faveur d'un allaitement maternel exclusif.

Enfin, les professionnels de la lactation ne sont pas considérés comme des référents. En outre, les messages délivrés par ces derniers pour encourager et soutenir la physiologie de la lactation maternelle peuvent être mal interprétés par les patientes.

Aussi, face à ces constats, nous infirmons notre hypothèse précédemment énoncée.

## **3.4 Discussion**

### ***3.4.1 Forces et limites de l'étude***

#### **3.4.1.1 Les forces**

L'une des forces de cette recherche réside dans le fait que peu d'études se sont intéressées à cette pratique de l'allaitement mixte, qui n'est pas une pratique en soi, mais un mélange de deux pratiques distinctes, en principe non mises en œuvre simultanément. L'allaitement mixte est en effet une notion qui n'est pas abordée dans la formation académique des sages-femmes. Le discours théorique qui est enseigné est même, à l'inverse, la promotion de l'allaitement maternel exclusif, avec un risque d'échec d'allaitement dans le cas d'un allaitement au biberon. Cependant, les femmes originaires des pays subsahariens, où l'allaitement mixte est largement pratiqué, sont nombreuses en suites de couches du nord parisien. Comprendre les raisons qui les motivent et leurs questions représente une aide certaine pour éviter de les stigmatiser et être en mesure de les soutenir dans leur projet. La communication entre la patiente et la sage-femme est un élément clé de la pratique clinique et fait partie intégrante des compétences requises en maïeutique. En apportant des clés de réflexion sur les motivations de ces femmes, nous espérons que cette étude sera susceptible de fournir des éléments de réponse pour une meilleure prise en charge de ces patientes.

Une autre spécificité de cette étude réside dans l'utilisation du photolangage. En effet, mener des entretiens semi-directifs est un très bon moyen de retransmettre le vécu et le ressenti des femmes interrogées. Mais ces entretiens ont été largement enrichis par la méthode du photolangage. En intégrant la présentation d'images aux patientes, nous avons constaté, a posteriori, que ces images ont entraîné un enrichissement important des réponses des patientes et ont suscité plus d'émotions que lors de l'entretien oral initial. Nous n'aurions pas pu obtenir toutes ces réponses en restant sur le format classique des entretiens.



### **3.4.1.2 Les limites**

S'agissant des limites, un premier biais à souligner concerne celui de la sélection des patientes : les patientes ont été choisies en fonction, notamment, de leur capacité à comprendre la langue française. La barrière de la langue a donc induit un biais de sélection pour l'enquête. On peut imaginer en effet qu'une certaine maîtrise de la langue française sous-entend une certaine part d'occidentalisation et une intégration déjà forte des normes du pays d'accueil.

Un deuxième biais concerne la compréhension et l'interprétation des questions et des réponses, toujours en raison de la barrière de la langue. En effet, même si la connaissance de la langue française était un critère de sélection des patientes, la possibilité de se méprendre sur l'intention ou le vécu des personnes enquêtées ne peut être totalement exclue. Ainsi, il pouvait parfois être difficile, pour les patientes, de bien cerner nos questions et, en retour, de comprendre leurs réponses dans toutes leurs nuances.

Enfin, une autre limite a pu être soulevée, en lien avec la situation sanitaire : en effet, compte tenu de la pandémie de la Covid 19, nous étions dans l'obligation de maintenir une distance de sécurité et de porter systématiquement un masque de protection. Or ce genre d'entretien nécessite une mise en confiance des patientes, qui passe par le langage, mais également par les gestes, les expressions d'empathie du visage, et une certaine promiscuité, qui n'ont pas pu avoir lieu. En outre, les patientes étaient masquées également : en retour, nous sommes peut-être passés à côté des réelles expressions du visage des patientes.

### ***3.4.2 Propositions pour la pratique clinique***

Ce mémoire s'est intéressé aux représentations que les femmes subsahariennes résidant en France ont à propos de l'allaitement. Très souvent, dans la pratique, elles mettent en place un allaitement mixte. Cette donnée, intégrée par les professionnels de santé, fait que ces femmes sont laissées libres dans leur choix, mais également dans leur manière de pratiquer leur allaitement. Nous avons pu constater pourtant que ces femmes

ont le même souci de bien faire et se confrontent aux mêmes interrogations que les autres jeunes mères, surtout pour les primipares. Les résultats exposés dans ce mémoire nous semblent utiles pour la pratique clinique des sages-femmes (et autres professionnels de l'allaitement) : ils permettent de mieux appréhender et comprendre ces femmes dans leurs besoins et leur accompagnement.

Cela passe en premier lieu par le fait de s'assurer de la présence et de la qualité de l'accompagnement familial et de l'entourage. En effet, les patientes de cette recherche ont montré, de manière consciente ou non, que la passation du savoir et des connaissances autour de l'allaitement maternel implique une transmission par des « *femmes qui ont déjà allaité* ». Cette dimension prend tout son sens dans un contexte migratoire, situation dans laquelle ces femmes se trouvent. Dans ce contexte migratoire, les femmes peuvent être séparées de leur famille, restée au Pays. Aussi, il nous semble opportun, pour ces femmes, de nous intéresser à leur histoire et de nous assurer de la présence d'une figure maternelle (ou d'une figure de référence pour leur allaitement). Il n'est pas toujours aisé, dans les services de suites de couches en France aujourd'hui, d'avoir la possibilité de prendre du temps avec chaque patiente pour décortiquer son histoire. Mais sans aller aussi loin, nous pensons que prendre un moment avec les patientes pour évaluer ce soutien familial proche permettra de dénouer des situations et de se positionner correctement face aux patientes : une patiente soutenue par une figure de référence proche pour l'allaitement n'aura pas les mêmes besoins qu'une femme qui ne peut pas faire appel à cette figure, même s'il est probable qu'aucune des deux ne s'exprime spontanément sur ce sujet. Pour ce type de patientes au statut particulier, tant dans leur position de migrantes que dans leur pratique de l'allaitement, se soucier de cette dimension est doublement important.

Une autre suggestion pour améliorer l'accompagnement de ces femmes est de porter une attention particulière à la manière dont les professionnels font part de leurs conseils pour les mises au sein. Lorsque l'on se place du côté du soignant qui se trouve face à une patiente souhaitant mettre en place un allaitement à la fois maternel et artificiel, il est aisé de comprendre que les messages vont en faveur d'une incitation à mettre très souvent son bébé au sein. Nous comprenons que ces conseils sont donnés pour aider la patiente et bien mettre en route le phénomène de lactation, qui a besoin d'être stimulé et entretenu. Toutefois, ces conseils délivrés basiquement, de manière assez standardisée, peuvent être

interprétés comme une injonction à pratiquer un allaitement maternel exclusif. Cela peut créer, à défaut d'une défiance, un détachement et une rupture dans le lien de communication entre la femme et le personnel soignant. Spécifiquement pour ces patientes, nous conseillons de faire attention à la manière dont nous délivrons les messages sur l'allaitement.

Enfin, comme nous avons pu le montrer, pour la majorité des patientes, l'allaitement maternel est considéré comme étant le meilleur. Malgré cela, les mères pratiquent tout de même un allaitement mixte, soit par méconnaissance (la crainte d'un manque de lait), soit pour des raisons pratiques (un bébé qui doit être habitué au biberon, dans le cas où elles doivent le laisser, notamment pour aller travailler). Au moment des suites de couches, ces femmes sont entièrement disponibles pour leur enfant. Cette préconisation et anticipation sur le fait d'habituer l'enfant au biberon nous semble être un levier potentiel sur lequel les professionnels de la lactation ont un rôle à jouer. En comprenant les motivations de ces femmes à pratiquer un allaitement mixte, nous pouvons par anticipation, éducation et pédagogie, continuer à œuvrer pour encourager l'allaitement maternel exclusif dans les premiers jours et premières semaines du nourrisson de manière à ce que les jeunes mères ne démarrent pas l'allaitement au biberon dès la maternité.

### ***3.4.3 Pistes de recherche***

Lors des travaux de recherche et des entretiens, nous avons eu l'occasion de rencontrer des patientes, mais également des sages-femmes et des auxiliaires avec lesquelles nous avons pu échanger sur l'allaitement mixte. Souvent, nous avons pu entendre ou constater que ces femmes, en dépit de leur allaitement mixte, réussissent leur allaitement maternel. La vision que l'on a de leur allaitement en suites de couches est que la lactation se met en place sans difficulté majeure et qu'elles parviennent à allaiter correctement leur enfant, sans raréfaction du lait maternel, tout en alternant avec les biberons.

Cette vision est surprenante pour les professionnels de la lactation : en effet, une montée de lait et un allaitement maternel sont des processus physiologiques qui ont besoin d'être fortement stimulés et extrêmement entretenus pour s'installer correctement. Ainsi, chaque biberon donné au nourrisson est perçu comme diminuant les chances d'une mise en place sereine de l'allaitement maternel. Mais une question se pose : que signifie « réussir son allaitement » ? Nous avons une vision très limitée sur l'allaitement de ces femmes, qui ne restent que trois jours en suites de couches. Il serait intéressant d'évaluer si, pour elles, la lactation se met effectivement en place. Il serait également intéressant d'étudier les problèmes éventuels liés à l'allaitement et de les suivre spécifiquement à 1 mois, 3 mois, 6 mois pour quantifier leur allaitement par rapport à l'allaitement artificiel. Ce suivi permettrait d'évaluer si ces femmes ont un allaitement maternel qui fonctionne, comme souvent déclaré par les sages-femmes. Cela pourrait faire l'objet d'une étude quantitative et comparative, entre les femmes d'origine subsaharienne qui allaitent exclusivement et celles qui pratiquent un allaitement mixte.

Une autre étude, dans la même dynamique, consisterait à pouvoir étudier les facteurs qui influencent la mise en place de la lactation, en dépit de l'allaitement mixte. Chez ces femmes qui pratiquent un allaitement mixte et qui réussissent leur allaitement, il s'agirait d'évaluer les facteurs favorisant leur allaitement maternel.

Enfin, il nous semble que la figure maternelle tient, pour ces femmes, un rôle particulier dans l'allaitement et la transmission. Pour rappel, cinq patientes ont évoqué spontanément leur mère lors des entretiens. Elles ont même été onze à voir la mère et sa fille sur la dernière photo. En outre, les patientes qui ont évoqué leur mère ont mentionné qu'elles encourageaient leur fille à pratiquer un allaitement maternel exclusif ou, à défaut, à mettre le bébé au sein.

Au-delà des discours théoriques des soignants, les mères de ces patientes délivrent des messages allant dans le sens de l'allaitement maternel, et ce, quelles que soient les motivations sous-jacentes : expériences, traditions, savoir. Au travers des témoignages et des émotions recueillis à la vue de la dernière photo, il nous a semblé que la place de la mère était susceptible de tenir un rôle important dans le choix de l'allaitement des patientes. On peut facilement imaginer que ce rôle ne s'arrête pas aux patientes pratiquant

un allaitement mixte, mais qu'il concerne également toutes les patientes, qu'elles pratiquent un allaitement maternel exclusif, mixte, ou artificiel. S'interroger sur la place de la mère et sur son rôle dans l'accompagnement de ces femmes migrantes pour leur allaitement nous semble faire sens, même si les études anthropologiques et sociologiques sur le sujet sont d'ores et déjà nombreuses.

## CONCLUSION

Les femmes d'origine subsaharienne sont nombreuses à pratiquer un allaitement mixte dès la naissance de leur enfant : cette manière d'alimenter leur enfant, qui allie deux pratiques d'allaitement, au sein et au biberon, n'est pas ou peu abordée dans les études de sages-femmes. En outre, dans les maternités françaises, ces femmes sont souvent perçues par les professionnels de santé comme des patientes qui savent allaiter. Dans l'inconscient des soignants, ce sont donc des femmes qui, en dépit de leur fragilité liée à leur contexte de migration, ont un moindre besoin d'accompagnement dans leur allaitement.

Cette étude avait pour but d'interroger ces femmes, de manière à aborder l'allaitement mixte de leur point de vue. Les entretiens menés ont permis d'apporter des éléments de réponse aux questions posées dans la première partie de ce mémoire.

Plus précisément, nous souhaitons déterminer la part du culturel et de la tradition dans le choix de ces mères de pratiquer un allaitement mixte : bien que cette pratique soit répandue dans les pays d'origine subsaharienne, les femmes interrogées à l'occasion de cette étude sont éloignées des traditions de leur pays. Elles pratiquent un allaitement mixte par anticipation d'une séparation future d'avec leur enfant, ou car elles ont intégré les pratiques françaises. Aussi, les femmes d'origine subsaharienne immigrées de la première génération pratiquent un allaitement mixte qui ne semble pas être en lien avec leur culture et leurs traditions.

Au travers des entretiens, nous avons pu constater que les connaissances de ces femmes sur les allaitements sont partielles : pour la très large majorité, elles savent que la qualité du lait maternel est supérieure à celle du lait artificiel, et que les bienfaits de l'allaitement sur leurs enfants varient en fonction des laits. Par ailleurs, elles ne connaissent pas le colostrum, et croient fermement qu'elles ne produisent pas de lait dans les premiers jours qui précèdent la lactation.

S'agissant de leur entourage, nos entretiens ont permis d'identifier plusieurs faits : si le conjoint ne semble pas avoir un rôle important dans la décision de ces femmes de

pratiquer un allaitement mixte, une figure de référence importante pour les patientes émerge malgré tout, largement associée à leur mère. Les conseils, les informations sur la lactation ou le positionnement de l'enfant au sein sont des savoirs qui se transmettent de la mère à la fille. Pour ces patientes, les sages-femmes, auxiliaires et autres professionnels de la lactation ne sont pas les premiers référents en ce qui concerne leurs pratiques d'allaitement.

En dépit de leurs connaissances et de leur choix arrêté sur l'allaitement mixte, nous avons pu constater que ces patientes ont, concernant leur allaitement, des questions et inquiétudes similaires à celles de toute autre patiente. En outre, leur statut de migrante – qui va souvent de pair avec une certaine précarité sociale et l'éloignement de leur famille, restée au Pays – génère un double sentiment d'isolement.

Ces quelques éléments de compréhension des situations de vie des femmes migrantes qui pratiquent un allaitement mixte visent à apporter une meilleure compréhension des attentes de ces patientes. Nous espérons qu'elles constitueront une aide pour un accompagnement plus adapté de ces mères par tous les professionnels de santé et de l'allaitement.

# BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Allaitement au sein exclusif [Internet]. [cité 6 mars 2020]. Disponible sur : [https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/fr/](https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/fr/)
2. UNICEF. L'allaitement maternel exclusif : une nécessité absolue [Internet]. UNICEF France. 2013 [cité 20 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.unicef.fr/article/l-allaitement-maternel-exclusif-une-necessite-absolue>
3. LIFFRAN O. Allaitement maternel : les pays d'Afrique de l'Ouest encore à la traîne [Internet]. JeuneAfrique.com. 2017 [cité 6 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.jeuneafrique.com/463952/societe/allaitement-maternel-les-pays-dafrique-de-louest-encore-a-la-traine/>
4. KERSUZAN C, TICHIT C, THIERRY X. Les pratiques d'allaitement des immigrées et des natives en France, à partir de la cohorte Elfe. Population. 2018;73(3):571-92.
5. VIDAL L. Renforcement de la recherche en sciences sociales en appui des priorités régionales du bureau Régional Afrique de l'Ouest et du centre de l'Unicef : analyses thématiques [Internet]. IRD France; 2017. Disponible sur : <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010071735>
6. ANAES. Allaitement maternel : recommandations pour la mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Acta Endosc. 1998;28(2):151-5.
7. LA LECHE LEAGUE. L'allaitement mixte : point de vue d'une pédiatre [Internet]. [cité 30 août 2020]. Disponible sur : <https://www.llfFrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1202-da-61-lallaitement-mixte-est-il-possible>
8. HERVE C. Puis-je avoir recours à l'allaitement mixte dès la naissance ? [Internet]. Laurence Pernoud. 2017 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.laurencepernoud.com/expert/bebe-0-1-an/allaitement-bebe/puis-je-avoir-recours-a-lallaitement-mixte-naissance.html>
9. UVMaF. Physiologie de la lactation [Internet]. [cité 1 sept 2020]. Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/lactation/site/html/3.html>
10. LA LECHE LEAGUE. DA 119 : Le point sur la confusion sein-tétine [Internet]. [cité 3 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.llfFrance.org/1942-da-119-le-point-sur-la-confusion-sein-tetine>
11. KERZUSAN C, GOJARD S. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire - BEH. 2014;(27):440-9.
12. UNICEF. Protéger l'allaitement maternel en Afrique de l'Ouest et du Centre. 2007;44.
13. BOONSTRA I, TANDY F. Allaitement et maternage chez les femmes originaires d'Afrique de l'Ouest : quelle place pour les professionnels de santé ? [Internet]. 2012. Disponible sur : [http://consultants-lactation.com/wp-content/uploads/2017/01/memoire\\_boonstra\\_leclercq\\_tandy.pdf](http://consultants-lactation.com/wp-content/uploads/2017/01/memoire_boonstra_leclercq_tandy.pdf)



14. BLIN D, SOULE M, THOUËILLE É. L'allaitement maternel : une dynamique à bien comprendre [Internet]. Toulouse : ERES; 2007. 304 p. (À l'Aube de la vie). Disponible sur : <https://www.cairn.info/l-allaitement-maternel-une-dynamique--9782749207773.htm>
15. TAVERNE B. L'allaitement dans le cycle de vie de la femme en pays Mossi [Internet]. IRD France; 2000. Disponible sur : [http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/pleins\\_textes\\_7/b\\_fdi\\_03\\_02/010024737.pdf](http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_7/b_fdi_03_02/010024737.pdf)
16. TRAORE M, SANGHO H. Facteurs associés à l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 24 mois à Bamako. Santé Publique. 2014;26(2):259-65.
17. KOUASSI KF. Approche anthropologique de l'allaitement maternel exclusif en Côte d'Ivoire : connaissances, attitudes et pratiques des mères. Revue Africaine d'Anthropologie [Internet]. 2014;(16). Disponible sur : [http://www.revues-ufhb-ci.org/fichiers/FICHIR\\_ARTICLE\\_1281.pdf](http://www.revues-ufhb-ci.org/fichiers/FICHIR_ARTICLE_1281.pdf)
18. CANDEAU J, BUREAU E. Une approche bioculturelle du premier aliment du nouveau-né. Le colostrum. In: Premiers cris, premières nourritures [Internet]. Presses Universitaires de Provence; 2019 [cité 7 août 2020]. p. 123-53. (Premiers cris, premières nourritures). Disponible sur : <https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-02126733>
19. FEERTCHAK A. Les chiffres de l'immigration en France [Internet]. Le Figaro.fr. 2018 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/2018/06/19/01016-20180619ARTFIG00310-les-chiffres-de-l-immigration-en-france.php>
20. CHATELOT C. Migrations : les Africains optent de plus en plus pour d'autres destinations que la France. Le Monde.fr [Internet]. 11 juin 2019 [cité 8 août 2020]; Disponible sur : [https://www.lemonde.fr/afrique/article/2019/06/11/les-africains-qui-migrent-viennent-de-moins-en-moins-en-france\\_5474740\\_3212.html](https://www.lemonde.fr/afrique/article/2019/06/11/les-africains-qui-migrent-viennent-de-moins-en-moins-en-france_5474740_3212.html)
21. PANNETIER J. Les violences sexuelles envers les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne après la migration en France. Population & Sociétés. 2020;N°577(5):1.
22. INSEE. Immigrés, étrangers [Internet]. INSEE. 2019 [cité 7 août 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
23. ROVILLE-SAUSSE F. L'alimentation des premiers mois en France. Colloques du Groupement des Anthropologistes de Langue Française (GALF). 20016;(108):27-33.
24. MORO Marie Rose. Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître Et Grandir En France. La Découverte. Paris; 2011. 192 p.
25. NATHAN T. La folie des autres: traité d'ethnopsychiatrie clinique. 2015.
26. BYDŁOWSKI M. Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. Devenir (Paris, France). 2001;13(2):41-
27. SAUVEGRAIN P. Des « femmes africaines » à la « mère africaine », en maternité. Migration Santé. 2013;(146-147):81-100.

28. NACU A. À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes. *Sociologie du Travail*. 2011;53(1):109-30.
29. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. oct 1999;70(4):525-35.
30. Deoni SCL, Dean DC, Piryatinsky I, O'Muircheartaigh J, Waskiewicz N, Lehman K, et al. Breastfeeding and early white matter development: A cross-sectional study. *NeuroImage*. 15 nov 2013;82:77-86.
31. Allaitement maternel, influence de l'allaitement sur le développement psychosocial [Internet]. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. [cité 27 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.enfant-encyclopedie.com/allaitement-maternel/selon-experts/influence-de-lallaitement-sur-le-developpement-psychosocial>
32. Smith S, Levasseur C. Atlas de l'Afrique: un continent jeune, révolté, marginalisé. Paris: Autrement; 2005. 80 p. (Collection Atlas/monde).

# **ANNEXES**

# Annexe I : Accord comité éthique



**CER U-Paris**

(Comité d'Éthique de la Recherche)

Présidente : Jacqueline Fagard

N° 2020-73-PETIT-  
DUQUENOIS

**PROTOCOLE : Allaitement partiel initié en maternité chez les femmes africaines :  
Représentations, connaissances, place de l'entourage**

**Noms du/des chercheur(s) : Marie Petit, Sylvie Duquenois**

Email pour la correspondance : marie.petit2@etu.parisdescartes.fr; sylvie.duquenois@aphp.fr

**Labo/Service : École de sages-femmes Baudelocque ; Université de Paris**

Évalué à la séance du 13/10/2020

**AVIS : Favorable**

*Par cet avis favorable, le CER U-Paris ne se prononce pas sur le respect des mesures barrières contre le Covid-19. Afin de protéger les participants et les personnes impliquées dans la recherche, les responsables de la recherche doivent impérativement se mettre en conformité avec les mesures préconisées pour toutes recherches sur site et hors site par les tutelles hébergeant les unités de recherche concernées, via le DU et responsable hygiène et sécurité.*

*L'avis favorable du CER U-Paris n'exonère pas des formalités réglementaires. A cet égard, il vous appartient notamment, si vous traitez des données se rapportant à un individu directement ou indirectement identifiable, de vous conformer au règlement européen sur la protection des données (RGPD) en vigueur depuis 2018. Pour cela, vous pouvez solliciter les conseils du Correspondant informatique et libertés (CIL) ou du service juridique de votre université ou de votre organisme de recherche.*

*Les investigateurs faisant appel aux services du CER U-Paris s'engagent à lui signaler tout événement non anticipé survenant en cours d'étude. Ces éléments seront utilisés aux fins d'amélioration des futurs services et conseils que le CER U-Paris pourrait donner.*

N° IRB : 00012020-73

Jacqueline Fagard

## Annexe II : information donnée aux patientes

### Lettre d'information

Madame,

Vous venez d'accoucher, et vous avez choisi de pratiquer un allaitement mixte pour votre enfant.

Je suis étudiante sage-femme et je réalise une étude auprès des femmes qui ont choisi ce type d'allaitement.

La responsable scientifique de ce projet est Madame Sylvie DUQUENOIS, enseignante à l'école de sages-femmes de Paris Baudelocque.

L'objectif de cette étude est de recueillir les raisons pour lesquelles vous avez opté pour ce type d'allaitement.

Si vous acceptez de participer à cette étude, je viendrai vous rencontrer lors de votre séjour en suites de couches, au moment qui vous conviendra. Il s'agira d'un entretien de 30 mn au cours duquel nous aborderons le sujet de l'allaitement mixte.

Votre participation à ce programme sera anonyme et les informations recueillies, confidentielles et utilisées dans le cadre strict de cette étude. Notre entretien sera enregistré pour faciliter le traitement des données. L'enregistrement sera détruit après traitement.

Je vous remettrai une fiche de consentement en 2 exemplaires avec les informations nécessaires pour que vous puissiez vous y référer à n'importe quel moment.

Les résultats globaux pourront vous être communiqués sur simple demande à l'adresse suivante :

**[marie.petit2@etu.parisdescartes.fr](mailto:marie.petit2@etu.parisdescartes.fr)**

Vous avez la possibilité de retirer votre consentement à tout moment sans avoir à donner de justification.

En espérant une réponse positive de votre part, je vous remercie de l'attention que vous porterez à ma demande.

Marie PETIT

Pour toutes informations relatives à ce programme, vous pouvez contacter les responsables du programme à l'adresse suivante :

[marie.petit2@etu.parisdescartes.fr](mailto:marie.petit2@etu.parisdescartes.fr)

[sylvie.duquenois@aphp.fr](mailto:sylvie.duquenois@aphp.fr)

## **Annexe III : Grille d'entretien**

### Grille d'entretien mémoire :

*« Je vous remercie d'avoir accepté de m'accorder un peu de temps pour cet entretien. Je suis Marie, étudiante sage-femme en dernière année d'étude, et mon mémoire de fin d'études porte sur l'allaitement mixte (allaiter son enfant au sein et lui donner autre chose, biberons). Notre entretien durera environ 20 mn.*

*Je vais vous poser des questions sur votre allaitement. Ce qui m'importe, c'est de comprendre votre point de vue, comment vous voyez les choses. N'hésitez pas à me parler le plus librement possible.*

*Permettez-vous que j'enregistre cet entretien pour des facilités de traitements ?*

*Cet entretien est anonyme : vos réponses seront utilisées uniquement à des fins d'analyse et ne seront jamais reliées à vos nom et prénom ».*

### **Question d'ouverture :**

*"Vous avez choisi de donner le sein à votre bébé, et des compléments/biberons/..., Pouvez-vous m'expliquer comment vous nourrissez votre bébé actuellement ?*

## Thème n° 1 : L'allaitement mixte : Connaissances

- Description de l'allaitement mixte : explication sur comment la patiente nourrit son nouveau-né ? Rythme, alternance sein/ biberon ? Colostrum jeté ? Dons de compléments ? (Tisanes ? lait artificiel ? eau ? autres ? )
- Choix de l'allaitement mixte : comment avez-vous décidé ? Avez-vous allaité de la même manière les autres enfants ?
- Connaissances : savez-vous s'il votre lait est différent du lait artificiel? Pensez-vous que l'un est meilleur pour votre enfant? Si oui lequel, pourquoi ?
- Avez-vous donné votre colostrum
- Pourquoi est-ce important de donner le biberon à votre bébé ?



## Thème n° 2 : Allaitement mixte : représentations

- Comment nourrit-on les bébés dans votre pays ?
- Avez-vous des souvenirs sur la manière d'allaiter les bébés ? Dans votre entourage ? Dans la population ? Seins ? Donne-t-on des biberons ? Autre chose que du lait ?
- Culture et traditions ? Connues ? Appliquées pour elle-même ?
- Que pense-t-on des biberons ?
- (Pour les multipares) Avez-vous déjà des enfants nés au Pays ? Quel type d'allaitement ? Pourquoi ? Leur avez-vous donné autre chose que du lait ? Si oui, qu'est-ce c'était ? Pourquoi ?
- Si vous étiez restée dans votre pays d'origine, Pensez-vous que vous auriez-vous allaité autrement qu'aujourd'hui ? Pourquoi ?



## Thème n° 3 / L'entourage



- Avez-vous déjà parlé d'allaitement avec quelqu'un : entourage? Sage-femme ? Autre?  
A quelle occasion?
- Depuis l'accouchement, avez-vous eu de l'aide de la part des SF pour votre allaitement ? Que vous a-t-on dit ? Cela vous a-t-il servi ? Qu'en avez-vous pensé ?
- Aujourd'hui, pensez-vous avoir besoin d'aide sur l'allaitement (maternel et artificiel) (accompagnement? Explication?)
- Présence du père / positionnement par rapport au choix d'allaitement de sa femme ?
- Entourage : qui ? Présence d'une personne référente sur l'allaitement ?



**Conclusion de l'entretien :**

(Questions à poser si non abordés lors de l'entretien)

- Quel âge avez-vous ?
- Niveau d'études ?
- Profession ?
- Age de l'arrivée en France

## Annexe IV : Entretien de Mme B

Merci de m'accorder un petit peu de temps.

De rien.

Alors, vous avez décidé de pratiquer un allaitement mixte depuis la naissance de votre fille.

Mhm mhm.

Est-ce que déjà vous pouvez m'expliquer comment ça se passe ? Comment vous faites ?

Déjà, pour commencer, bon comme elle est petite, ça fait trois... trois jours aujourd'hui hein, qu'elle est née et... pour apprendre, il faut qu'elle apprend à... à téter, c'est-à-dire il faut qu'elle apprend à attraper le bout. Donc du coup, le début est dur. Il y a pas... il y a pas de lait d'abord, donc je fais comment ?

Parce qu'ici on dit : « on donne trois heures/trois heures pour vous donner le biberon » donc qu'est-ce que je fais ? J'attends, je lui donne le biberon par exemple à 10h donc ça veut dire, c'est à midi je vais donner le biberon encore. Donc à 11h je lui donne les seins pour qu'elle puisse apprendre. Puisqu'il y a rien dedans de toute façon, mais pour qu'au moins elle puisse tirer et... avoir l'habitude.

Donc même si elle n'a rien eu, je lui donne quand même à 11h et à midi maintenant je lui donne le lait.

Et jusqu'à ce que le lait va arriver, eh bah voilà, on va arrêter le biberon un tout petit peu.

D'accord. Quand vous aurez du lait... ?

Ouais, quand je... oui.

... vous allez faire moins de biberons et vous donnerez plus votre sein, c'est ça ?

Euh oui, du coup... ça dépend. Au bled, on donne que la nuit le sein. Et ici, c'est un peu bizarre parce que tu peux avoir du travail comme tu peux ne pas avoir. Donc du coup, sincèrement dit, je sais plus, si on me demande à moi : « tu donnes le sein la nuit et la journée c'est le lait ».

...

Et maintenant le lait aussi le matin, le matin très tôt...

Quand vous dites « lait », c'est biberon ou c'est le sein ?

Le biberon en fait. Ouais, tu donnes le biberon le matin très tôt pour la charger, pour qu'elle puisse dormir après le bain et à 10h tu donnes le sein, et à midi tu donnes le biberon. Normalement, c'est comme ça moi je fais.

Très bien. OK.

Voilà. Il faut varier, quoi. Et au fur et à mesure je fais comme ça. Maintenant toute la nuit c'est que... uniquement que le sein.

...

Voilà. Parce que si elle s'habitue trop au biberon, elle va refuser le sein.

Mhm mhm.

Donc je l'habitue pas trop au biberon parce que du coup, je veux pas qu'elle arrête de téter mes seins. Parce que si elle arrête la... moi j'aime pas en tout cas. J'aimerais l'avoir sur le sein jusqu'à un an... un an six mois, par exemple. Un an six mois. Je sais pas comment vous dites ici, c'est quoi, 12 mois ? Non, vous dites comment de mois un an six mois ?

**Eh bah... un an et demi.**

Voilà, un an et demi.

...

Voilà, j'aimerais bien qu'elle tète jusqu'à un an et demi.

**OK, très bien. Est-ce que depuis qu'elle est née, vous lui avez donné autre chose que... ?**

Non.

**Pas de... pas d'eau ?**

Pas d'eau.

**Pas de tisane ?**

Bah non.

**Pas de bouillie ?**

Non.

**OK. Est-ce que vous savez s'il y a une différence entre votre lait à vous et le lait qu'il y a dans les biberons ?**

Euh... pff, sincèrement dit, non. Je ne sais pas, il y a quel... comme on dit chimique et tout, mais moi je trouve que le lait de là, c'est déjà... pour moi c'est naturel déjà. On n'a pas besoin de m'expliquer. Donc ça... je sais que ça... même si on dit c'est naturel, comment... comment... c'est pas le lait d'une femme qu'ils ont séché et puis mettre dans... dans... *[Rire]*, dans le produit donc je sais que ça déjà, c'est naturel à la base. Et puis bon, c'est question de l'éducation hein. J'ai vu ma mère et... donner le sein à tous ses enfants donc c'est pas moi je vais être punie pour moi.

**Mhm mhm,**

Ça, c'est clair, je vais pas punir mes enfants pour ça. France ou pas France, c'est pas mon problème, on va téter mes seins.

***[Rire]* OK.**

Bah j'espère que je réponds bien hein.

**Ah bah, il y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.**

Ouais.

**Je vous l'ai dit, il y a... c'est... ce qui compte, c'est que vous me répondiez comme vous vous pensez.**

Mhm mhm. Moi je me dis, même si tu travailles, il faut toujours... il faut toujours regarder le programme comme on fait, quoi. Même si... tu travailles en pleine journée, on peut donner biberon à un enfant toute la journée et la nuit donner le sein quand même. Moi c'est... c'est ce que vois.

Maintenant si tu travailles aussi toute la nuit, tu fais ton programme, dans la journée, qu'elle ait le sein. C'est question de programme, mais pas laisser complètement le sein si t'as la possibilité même jusqu'à un an six mois normalement.

**Mhm mhm. Donc pour vous, c'est plus par rapport au travail...**

Bah en fait, du coup je... comme ce que j'ai dit, ici c'est... ici c'est la France et on... on travaille. Tes... ton patron ne va pas regarder tes seins pour te... pour t'embaucher, voilà. Du coup donc voilà pourquoi je donne le programme comme ça.

Sinon, au bled carrément, travail ou pas travail - puisque la plupart, nous, on est beaucoup commerçants - (*Claquement de doigts.*), tu donnes le sein à un enfant à... à n'importe quelle heure que tu veux, voilà. Mais à la base, le sein c'est important.

*(Interruption)*

**Vous êtes originaire de quel pays ?**

Côte d'Ivoire.

**Côte d'Ivoire. Et comment... comment on pratique l'allaitement là-bas ? Est-ce qu'on fait les deux aussi ou on donne que le sein, comment ça se passe ?**

Euh... ça dépend des... des cultures et puis de... des cultures et de... de l'environnement. C'est-à-dire, il y a des gens... et puis des moyens aussi. Ouais, les moyens. Le lait qui... c'est pas comme ici on donne lait. Le lait coûte très cher au... au bled donc si... t'es une femme, tu sais que ton mari travaille bien ou soit toi tu travailles bien, tu peux acheter ton lait. Donc c'est pas donné à tout le monde, déjà du coût, de donner le lait à un bébé.

Donc moi par exemple comme ça, j'ai... c'est mon cinquième, j'ai... j'ai déjà quatre. Ils sont au bled, ils sont pas ici, mais mon premier il n'a pas pris de biberon, je l'ai allaité jusqu'à un an six mois. La deuxième aussi, la même chose. C'est la troisième qui a pris le biberon et le quatrième, et puis celle-là aussi.

**Euh troisième et quatrième qui ont pris le biberon, que le biberon ou sein aussi ?**

Euh oui, les deux.

**Pour... et... il s'était passé quelque chose pour que vous changiez ou... ?**

Oui, j'ai eu une césarienne donc ils ont commencé par le biberon. Voilà comment le goût des biberons aussi est venu dans ma tête, sinon avant j'avais pas puisque... parce que j'ai fait une césarienne là.

Le temps que je sois... bien bien, il fallait qu'on donne à manger en... au bébé donc ils ont commencé par le lait. Voilà comment j'ai donné le lait aussi. C'est comme ça que ça a commencé, où on a fait du lait. Sinon mes enfants, mes premiers, c'est... c'est que le sein.

**Vous aviez vu une différence entre que le sein ou donner les deux ?**

Euh oui, j'ai vu une différence.

**En mieux, en moins bien ?**

Bon ! (*Silence.*) Bah je sais pas. Parce que pourquoi je dis « je sais pas » ? Déjà à la base, un enfant qui tète, qui tète normalement, oh, il mange beaucoup, il tète beaucoup donc il faut vraiment être disponible pour l'allaiter. Ça, c'est clair.

Pour que ça, ça puisse remplir son ventre, si tu allais tomber sur un bébé qui mange beaucoup, ah ! Donc il faut vraiment être disponible pour donner le lait à un enfant toute la journée, et c'est pas... t'amuser...

(Interruption.)

Avant qu'on arrête notre entretien tout à l'heure, vous étiez en train de me dire qu'en... au pays, il y a plusieurs raisons pour lesquelles on pratique un allaitement mixte. Vous m'aviez parlé du culturel, vous m'aviez parlé aussi de la disponibilité...

Et des finances.

... et des conditions économiques.

Les conditions, ouais.

Alors les... vous avez dit « culturel », vous pouvez m'en dire plus ?

Euh culturel déjà à la base, c'est la tête des vieux et des vieilles hein. Elles trouvent que... je sais pas, comment on dit, bon vous, chez vous, vous allez dire on est... on imagine trop des... des bêtises en fait. Or qu'eux, chez eux, ils se disent qu'une femme qui allaite un bébé, l'enfant et celui qu'on allaite avec le biberon, ils n'ont pas les mêmes intelligences - c'est ce qu'eux ils se disent en fait.

[Rire] Et à la base, pour décourager soit la mère ou décourager les jeunes filles qui veulent allaiter l'enfant avec le biberon, ils disent : « non, les enfants qu'on donne biberon, ils sont plus bêtes », machin et tout ça, qu'ils font pas les trucs... ils sont pas assagis. Ils n'ont... ils n'ont pas la sagesse.

Donc c'est avec le lait naturel de la mère que l'enfant a la tête tranquille. Donc en fait ils dénigrent plus le biberon que... voilà.

Donc c'est comme ça, la plupart, dans les villages... dans les villages qui sont pas sous-développés, tu vas pas... jamais ils vont... ils vont utiliser le biberon.

Oui...

Ah non, c'est impossible parce qu'ils trouvent que non, que c'est pas même éducation. Même... même quand l'enfant grandit, et puis il fait une bêtise, on dit : « mais laissez-le, c'est normal, il.. il n'a pas tété le sein de sa mère, voilà pourquoi il est comme ça » [Rire]

....

Tu vois, on trouve un truc pour dire... on va dire : « non, mais voilà, c'est parce qu'il n'a pas tété le lait donc... »

Chez nous ils disent qu'un enfant qui tète pas le lait des femmes, et... les seins de la mère, n'a pas pitié - et c'est ce qu'ils disent. Genre, il n'a pas... euh... ne se... comment on dit ça ? L'affection maternelle, l'affection maternelle, voilà. Il n'a pas... il n'a pas l'affection maternelle, il n'a pas pitié de sa mère en fait. Il peut faire des trucs à sa mère sans se rendre compte.

D'accord.

Bah il peut être dur avec elle en fait.

Or que normalement, une mère qui donne sein à son enfant, vous êtes tout le temps là comme ça, vous êtes tout le temps là comme ça, l'enfant peut avoir pitié de sa mère demain. Même en le... en s'occupant d'elle jusqu'à la fin de ses jours.

Mais par contre un enfant qui... qui... qui a bu le biberon et tout, ah, du jour au lendemain il peut dire à sa mère : « mais va chier, merde ! » Ce genre de trucs. Donc ils trouvent que non, le... le... le sein naturel envoie l'amour maternel à un enfant. C'est ce que les... les... les vieux et les vieilles du village disent.

...

Voilà. Et ça, c'est aussi ce côté de là-bas. Eux c'est les traditions : la mère donne le sein à son enfant - un point, trait. Sinon il y a pas l'amour, il y a pas de... de pitié, il y a pas de... des sentiments entre la mère et l'enfant.

**D'accord, OK.**

Ça, c'est comme ça. Maintenant du coup pour ceux qui travaillent en ville, qui ont plus d'argent, c'est eux qui prennent le biberon en fonction de leur boulot. T'as pas regardé ton boulot pour dire que tu vas t'occuper de l'enfant donc il faut choisir. Donc ça, c'est sur ce côté.

Maintenant par contre, il y a d'autres qui n'ont pas le choix, d'autres sont malades, ils sont obligés de donner... voilà, le biberon. Voilà, c'est un truc comme ça.

Il y a d'autres aussi, c'est par les moyens. « J'ai pas les moyens, je veux bien le faire, mais j'ai pas les moyens », donc on donne le sein.

Mais la plupart, moi je suis... musulman du sud, Dioula, et chez nous, la plupart, j'ai parlé en général, pour ceux qui travaillent, ça, ça veut dire comment en Côte d'Ivoire il y a plein de cultures. En Côte d'Ivoire il y a plein de cultures, donc il y a... comme on dit, il y a plein de cultures. Il y a les Baoulés, il y a les... Je sais pas si vous avez déjà entendu les différentes cultures en Côte d'Ivoire.

**Si. Enfin... un petit peu, enfin je ne connais pas du tout...**

Alors voilà, il y a plein de cultures et les cultures... même les cultures de haute orientale, c'est genre, genre les Baoulés, les machins, eux aussi ils donnent... ils donnent le sein. Mais eux ils sont libres plus pour faire avec le... comment dire, le biberon. Ils... ils font ça facilement avec le biberon.

...

Mais par contre, chez nous les Dioula, les musulmans, mais si... oh, aussi lui-même qui est sorti, s'il a la possibilité, il va... il faut pas jamais le toucher ça, malgré il est ici hein, ouais [Rire]

**Et qu'est-ce qui vous a fait, vous, du coup choisir l'allaitement... de donner des biberons du coup ?**

Euh... bon, du coup comme ce que j'ai dit, j'ai remarqué un truc pour... ce qui m'a fait que je choisisse. J'ai remarqué un truc, je trouve que non, l'enfant déjà, le lait maternel, il faut vraiment, vraiment être disponible. Ah, il faut vraiment, vraiment être disponible pour lui donner.

J'ai dit ça tout à l'heure, mais il faut vraiment être disponible. C'est-à-dire, vous, chez vous, vous calculez l'heure pour donner à... à manger à un enfant. Alors que chez nous, dès que l'enfant pleure et il faut comme ça, nous on n'a pas de tétine hein. Dès que tu vois, c'est... c'est... comment on dit ça ? C'est... c'est de regarder ton enfant, de flairer et de... de voir, de la connaître et de savoir si elle a faim ou pas.

Nous on... on programme pas de l'heure pour dire non, une heure, deux heures, on connaît pas ça. Dès que l'enfant pleure, tu la regardes et tu vois elle commence à chercher ses doigts, ouvre la bouche, tu sais que déjà il y a un problème donc elle a faim. Donc on prend automatiquement, croup ! Voilà, on cherche pas à comprendre. On... parce qu'il y a pas de tétine, il y a pas... rien donc tu prends automatiquement, croup, parce que tu as le temps.

Ouais, ça peut te trouver, t'es au marché ; ça peut te trouver, t'es n'importe où. On cherche pas à savoir où ils ont... « Ah, comme je suis au marché, attends je vais cacher mes seins », mais non. T'es une mère, t'es une mère. N'importe où tu te t'installas, tu donnes le... le lait à téter à ton enfant, voilà.

Voilà pourquoi j'ai dit, il faut que tu... es disponible vraiment si c'est... c'est ça que tu veux donner. Les seins que tu veux donner, il faut vraiment être disponible. On fait pas la demi-mesure. Ton enfant il a faim, toi tu es en plein carrefour, tu vas dire : « non, je veux pas lui donner à téter parce qu'il y a plein de monde ». Mais non, tu as commencé, tu vas terminer.

**Ok...**

Il faut pas avoir honte. Donc du coup, voilà pourquoi quand c'est le sein, il faut... faut faire à fond le sein, à fond le sein.

Mais moi je choisis comme ça, comme ce que j'ai dit, ils sont pas rassasiés. Donc j'ai vu que mes autres enfants que j'ai utilisé le lait avec eux, je trouvais que... j'ai... moi aussi j'étais un peu occupée. Et puis je trouvais que tu charges le biberon, disons par exemple je prends ça, et je pense, ça peut-être ça fait 100... 100 ml, et tu vois que lui... surtout moi je faisais... celle-là elle est... elle est petite. Moi quand j'ai fait mes enfants, ils sont à 3,5 kg, mais elle par contre, elle est à 2,4 kg, un truc comme ça. Donc parmi tous mes enfants, c'est la plus petite. Donc normalement, un enfant au bled il mange, même bébé. Tu remplis ça, eh bah elle va vider.

Or que par contre si c'est le lait, elle va pas le faire d'un coup. Elle va prendre tout petit peu et après elle va revenir encore. Donc j'ai vu que non, il faut que je varie pour que... voilà, elle soit plus en forme et tout, donc voilà pourquoi...

#### **Pour qu'elle prenne plus ?**

Voilà, pour qu'elle mange plus. Parce que si c'est avec le lait, c'est vrai c'est... c'est... c'est naturel et tout, mais ça rassie pas tout d'un coup quoi en fait. Elle va... elle va traîner un peu, elle va téter un peu et puis toi, la mère, tu as dit que tu es fatiguée. Parce que tu vas pas la laisser sur tes seins pendant deux heures, impossible ; ou pendant une heure, c'est impossible. OK, peut-être il lui faut une heure pour pouvoir bien tirer ou il lui faut deux heures pour pouvoir bien tirer, mais tu vas pas t'asseoir deux heures, c'est impossible. Il y a pas de mère qui fait ça avec le sein, impossible. Donc quand c'est avec ça, tu donnes ça un peu et puis tu peux compléter avec ça. Voilà pourquoi moi je choisis ça.

#### **Ça marche.**

Bah j'espère que j'ai bien expliqué.

#### **Ah bah, c'est clair.**

Mon français là, mon français là, ça a rien à voir avec le français d'ici hein *[Rire]*

**Non, c'est très bien. C'est parfait. C'est très intéressant.**

**Je peux vous montrer des photos ?**

Oui, allez-y.

**Vous me dites ce que vous en pensez. (Photo 1)**

Mhm mhm.

Bah... c'est du lait avec le biberon pour mon bébé - pour moi mon bébé hein *[Rire]* Voilà. Pff, je sais pas. Ça évoque manger *[Rire]*

...

Manger pour le bébé, le lait pour le bébé. C'est tout.

..

**Très bien. Je vous en montre une deuxième ? (Photo 2)**

Allez-y... Ah, c'est quoi ça ? Euh... et pourquoi ça, c'est barré, mhm ? Ça veut dire : « ça, c'est pas bon ».

En tout cas, chez nous, c'est ça. Avec la mère avec son enfant, avec le lait, ça, c'est sûr hein, bah moi je peux pas faire ça jusqu'à la fin. Genre de... de... du premier jour jusqu'à, on va dire, à six mois, je peux pas donner du lait... biberon à mon enfant, je peux pas, ça, c'est sûr. Même sans le père, je m'en fous, moi c'est ma conception.

Eh oui, j'ai... j'ai... comme on dit, j'ai changé de schéma, je donne biberon. En même temps, c'est le temps qui a évolué et tout, mais je peux pas donner biberon à mon enfant jusqu'à un an six mois.

Sauf s'il y a un autre problème, genre maladie, ce genre de truc, que je peux pas, voilà.

**Bien sûr.**

Parce que souvent ça arrive où on dit : « non, soit peut-être le sein est malade » ou... ou « vous êtes malade » complètement ; et là, je suis d'accord. Mais tant que je vis et que j'ai mes pieds et j'ai mes seins et j'ai mon bras, je pense que les seins sont bons. Voilà.

**Ça marche, merci.**

Ouais.

**Vous parliez de votre mari, vous avez dit - dites-moi si je me trompe - que lui s'il avait pu choisir, il aurait dit : « pff, pas de biberon ! »**

Ouais [Rire]

**D'accord. Est-ce que votre... vous avez pu en parler également avec votre mère ou... ou avec des tantes ou des amies, des cousines de votre... de votre allaitement ? Du fait de donner le sein ou le biberon, vous en avez parlé à d'autres personnes ?**

Non.

...

Non non.

**Et vous avez pu en parler avec des sages-femmes ?**

Euh... de donner le sein ? J'ai pas compris là.

**Euh... sur votre choix d'allaiter... de donner les deux, et sein et biberon, est-ce que vous avez pu en parler avec des gens dont c'est le travail de vous expliquer comment ça se passe ?**

Mais non. Mais non, mais non. C'est un choix qui est bloqué dans ma tête.

...

J'ai pas besoin qu'on me dit. Voilà pourquoi, même lui, son avis, je prends pas. Oui, c'est vrai, je... je donne le sein à mon enfant. Il sait que je vais donner le sein, c'est sûr, mais lui sur le biberon, il n'est pas pour. Mais moi je vais donner les deux. Mais moi j'ai mon problème, je peux pas caler les seins et le... et comment... je veux pas arrêter le sein. Là, ça, c'est sûr, c'est moi mon choix. Le sein, je lui donne.

Maintenant, c'est le biberon maintenant qui est mon deuxième choix. Maintenant lui, c'est le sein qui est son premier choix ; et le biberon aussi il veut pas, donc voilà.

Mais parler avec quelqu'un pour dire : « non, moi je veux pas donner de... comment on appelle ça, le sein à mon enfant, je veux donner uniquement que le biberon », mais non. Non non, je fais pas ce genre de débat, moi je donne le sein.

Si je dois en parler à quelqu'un, je vais encourager la personne à donner le sein. Si je ne peux pas te dire : « donne le sein complètement », je vais te dire : « mélange, fais les deux ».

**OK, mais vous, vous n'avez pas de question ? Au-delà de votre choix, qui est... qui est clair dans votre tête, est-ce que vous avez encore des questions sur euh... est-ce qu'il faut plus lui donner ci, lui donner ça ou... et tout ça, non ? Est-ce que vous avez des...**



Euh... bon, moi... des questions... Bon, chacun a sa vie, chacun a son choix. Voilà, chacun sa vie, chacun son choix, mais mon avis à moi, une femme doit donner sein, ça, c'est sûr.

Maintenant, compte tenu, comme ce que je vous ai dit, ça dépend de comment vous vivez et comment vous travaillez et... comment vous êtes. Si vous êtes malade, c'est un autre cas. Mais tant que vous n'êtes pas malade, donnez le sein.

Maintenant, si vous travaillez, essayez de voir votre programme pour pouvoir donner le sein.

Comme ce que je vous ai dit, chez nous, on se dit : c'est l'amour d'une mère, voilà.

### **D'accord.**

Le sein naturel c'est l'amour d'une mère parce que déjà, je prends l'exemple... en dehors du sein, je prends l'exemple. Ici déjà, en Europe, ils aiment bien mettre l'enfant sur la poitrine de la mère pour qu'il puisse attraper chaleur, compris... c'est ça non ?

### **Oui**

Voilà. Et si, imagine-toi que tu ne mets pas ton enfant ici, mais tout le temps, elle est collée à toi là, et à chaque moment qu'elle tète - il y a... il y a plein de trucs dedans hein - à chaque moment qu'elle tète, elle est là près du téton ou qu'il a la tétée, vous vous regardez déjà dans les yeux. Ça joue en même temps et ça tète en même temps, et ça rigole en même temps. Souvent elle me lèche et elle rigole avec toi. Et là, c'est quand elle arrive à presque neuf mois... neuf mois, six mois que tu vois la valeur de ça.

Sinon comme ça déjà, tu la regardes, elle va pas te... elle va pas rigoler, mais elle va téter tu la regardes, tu vois tous les traits et tout.

Mais à partir de six mois, les neuf mois où ça rigole et tout, tu vois, pendant qu'elle tète ça joue, elle va jouer avec ça, vous jouez, vous rigolez. Tout ça c'est... c'est important en fait, voilà.

OK, par contre si c'est le biberon, pff, peu importe la position, voilà elle est couchée, là tu vas faire comme ça.

Il y a plein de trucs dedans, surtout le lait, pendant qu'elle tète là, c'est comme ça que tu vas voir tout... comment on dit, la beauté de la chose, voilà.

### **Merci.**

De rien.

**Merci beaucoup pour ce beau témoignage.**

*[Rire]* Bah oui.

**J'ai des questions... j'ai encore une photo à vous montrer, pardon.**

Allez-y.

**Vous, ce que vous en pensez.**

Mhm mhm. Ah, bah voilà. Oui, ça, nous tous on l'a appris hein. Et c'est parce que je vous ai dit là, tout à l'heure, là, la beauté de la chose.

**Mhm, tout à fait.**

Tu regardes ton enfant, ton enfant te regarde. Avant que je voie la photo, je vous ai déjà expliqué déjà - sans voir la photo.

**C'est-à-dire ?**

Donc tu vois la photo, déjà comme ça, ça, moi-même ma mère elle m'a appris hein. Ton premier enfant, c'est ta mère qui t'apprend - si elle est vivante, mashallah - c'est très important.

La mère, oh purée, moi ma mère elle m'a aidée dans tous mes... tous mes enfants même. La femme-là, je suis ici sans elle et je pleure là [Rire] Je vous jure hein.

Et... non, mais déjà, elle t'apprend déjà comment il faut attraper le sein. Parce que le sein il est lourd donc comment il faut attraper pour ne pas écraser le nez. Tout ça, c'est... c'est... ça aide là. Elle te dit : « non, il faut attraper comme ça. Il faut pas trop laisser sur sa bouche sinon sa bouche va devenir large. Il faut savoir bien attraper sinon tu vas boucher son nez ».

Et si c'est un garçon chez nous, par exemple chez nous comme... si c'est un garçon, pendant que tu l'allaites, il faut toujours protéger son... comment on dit, le zizi ? Je sais pas comment vous dites ici.

**C'est ça, le zizi.**

C'est ça ?

**Mhm mhm.**

Voilà, il faut toujours protéger le zizi pour ne pas que celui-là il coule par-dessus le zizi. Ah, je sais pas, mais chez les... chez... chez nous, dans la tradition elle dit : « non, si le lait d'une mère touche le zizi d'un enfant, mais même s'il grandit, il peut coucher avec toi ».

...

Il va... en fait il va trop aimer les femmes. Il va tellement aimer les femmes que même la mère, même... il est capable de... de la... voilà, de la draguer ou même de la violer. Et... en fait, il va trop aimer les femmes. Il va jamais dire non, il va devenir un pervers sexuel.

Donc toujours, si c'est un garçon que tu as, par exemple que tu l'allaites, parce que souvent, pendant que t'allaites ici, il y a là qui coule. Donc tu fermes là, tu cherches un truc... un pagne, tu fermes là toujours pour ne pas que ça coule. Et puis s'il est sans caleçon aussi, il faut pas le laisser sans caleçon, il faut lui mettre toujours des couches pour ne pas que le lait touche.

Dans le cas contraire, si le lait a touché, dès que tu finis de l'allaiter, enlève le caleçon, tu l'enlèves. Mais le lait doit pas toucher son zizi. Là, c'est ce qu'ils ont dit.

Donc ma mère aussi elle m'a appris ça. Donc elles le lui ont appris ; elle aussi elle m'apprend donc voilà, on s'amuse pas avec ça. Donc ça, c'est déjà ça.

Et... et deuxième truc encore, quoi ? Qu'est-ce qui est interdit encore pendant que tu donnes sein à ton enfant ? Je sais plus. [Rire] Il y en a... il y a tellement de trucs. Les mères elles expliquent hein, il y a tellement de trucs que...

Et maintenant, quand c'est un garçon encore, qu'est-ce qu'il y a ? Déjà, un garçon aussi, chez nous, on... bon ça c'est... le sein, ça n'a rien à voir avec ce que je vais expliquer. Pendant que tu manges la nourriture, évite de laisser ton enfant sans couche, sans caleçon, parce que s'il pisse, qu'une goutte traîne sur ta cuillère, sur ta nourriture que tu viens prendre pour manger et ça aussi c'est pas bon.

**D'accord, OK.**

Ouais. Donc déjà ça aussi, il faut se méfier. Maintenant si c'est les filles, bon les filles il y a pas de totem hein, les filles il y a pas de totem, il faut simplement faire attention à son nez, aux pointes du sein et tout, c'est tout.

Et maintenant le sein aussi il fait un autre truc encore. Le lait du sein, tu peux mettre dans les yeux de l'enfant. Oui, souvent, les yeux sont rouges ou souvent vous mettez... vous, vous mettez des gouttes de pharmacie. Non non, nous on met de... sein. Ça fait beaucoup de choses ce truc donc il faut mettre des gouttes de sein dans les yeux de l'enfant quand ça sort les... les trucs-là. Voilà... voilà, comment on appelle ça, c'est quoi, des glaires ?

**Non, pas des glaires, des... oui, des petites... des petites croûtes...**

Voilà, des petites croûtes ou quand tu te lèves le matin, les yeux de ton enfant est tout rouge comme ça, tu comprends pas ou... elle se lève le matin, c'est tout collé et donc...

Voilà, par exemple il y a des larmes. Voilà, pendant qu'elle a les larmes entre les tétées, ou tu sens qu'il y a le lait qui jaillit là, tu le mets directement dans ses yeux, ses deux yeux ; ça nettoie aussi. Voilà *[Rire]*

**OK. Très bien**

J'espère que j'ai bien expliqué encore.

**Oh bah, c'est incroyable ce que vous m'avez dit, vous m'avez appris plein de choses hein.**

Donc j'ai gagné alors par rapport aux autres femmes ?

*[Rire]* Il y a... il y a pas de gagner ou pas *[Rire]*

*[Rire]*

**Je vous pose encore trois questions très rapides.**

Oui, allez-y.

**Quel âge avez-vous ? *[Rire]***

Oh, pff... j'ai... mon âge ?

**À peu près *[Rire]***

C'est vrai, je suis née en 1988, donc 1988 ça fait combien, 32 ?

Oui ? Voilà, c'est ça 32, 1988.

**Vous étiez arrivée quand en France ?**

Oui, ça fait trois ans. Bon est-ce que ça fait trois ans ? C'est en 2018 hein.

Ça fait trois ans.

**Ouais, c'est ça. Et est-ce que vous exercez une profession en France ou pas ?**

Je travaille pas.

Ah, au cas où... si j'ai un employeur, bon à la base... moi j'ai été toute ma vie une commerçante, ah oui. Tu me déposes dans une boutique, je fais des miracles.

*[Rire]*

Parce que... voilà. Parce que de nature, je suis quelqu'un... je m'approche vite aux gens et je rigole facilement.

Si on me demande d'aller faire l'entretien, on me demande mon défaut, j'aurais dit : « je rigole trop ». Et ça énerve souvent des gens. Bah oui, il y a des jaloux hein. Quand tu rigoles trop tout le temps, t'as tes dents qui sont dehors, on me dit : « mais elle a pas de problème celle-là ».

Bah oui, on dit elle a aucun problème, t'es content, t'es pas content, on sait pas si t'es content ou pas, c'est toujours la même tête.

Donc je suis quelqu'un... voilà, je suis... je rentre vite en contact avec les gens, je rigole beaucoup, je plaisante... Je plaisante en tout, n'importe quoi, je prends tout, je plaisante et je m'en fous *[Rire]*

Même... même quand je suis stressée, je plaisante. C'est grave !

**Non, non non, c'est comme ça que ça... les choses difficiles passent.**

Bah oui, en faisant ma césarienne, euh... c'est hier non ? Non, avant-hier ; je suis en salle de césarienne, je fais des bêtises.

Moi je comprenais plus *[Rire]* Je rigole avec tout le monde. Même celui même qui m'a fait mon... mon comment on dit ça... mon ane-... mon anesthésie là, dès qu'il a fini j'ai dit : « mais il est où le méchant ? », oh, ça rigolait partout. Ouais, tu vois ? Et il y a une qui me dit : « respire par la bouche », j'ai dit : « mais je vais respirer comment ? J'ai le masque ! » Et ça rigole encore. Même dans les moments pires, je dis... en fait je... je fais sortir un truc sans me rendre compte, et puis ça rigole. Bah voilà.

Donc à la base, je suis une commerçante. J'ai fait plein de trucs, j'ai fait plein de commerce pour moi, pour les autres. Donc tout ce qui est commerce, je suis... à fond.

**Vous êtes allée à l'école jusqu'à quel âge ?**

Bah... je suis... j'ai pas fait d'école.

**Mhm mhm.**

J'ai appris. Comme ce que je vous dis, à la base, je suis une fille enfant de pauvres. Je sais pas comment je vais vous expliquer, c'est un peu trop compliqué.

Ma vie est un peu trop compliquée derrière donc je me suis vite levée. Déjà à 13 ans déjà, j'étais déjà esclave de... du commerce pour les autres. Donc si on veut voir, c'est les autres mêmes qui m'ont appris. Je peux dire : j'étais esclave pour eux, mais j'ai grandi, je suis esclave pour moi-même.

Ouais, parce que j'étais esclave pour eux parce que je partais vendre, c'est eux qui prenaient l'argent. Mais quand j'ai grandi, ce que j'ai fait ça m'a rapporté moi-même puisque c'est ce que j'ai fait après pour pouvoir m'en sortir un tout petit peu. Donc voilà. Voilà pourquoi j'ai dit j'étais esclave pour eux, mais maintenant, ah, je suis grande donc je suis esclave de moi-même. Ah oui, ils vont pas prendre mon argent hein ! Je vais pas travailler pour les donner ! C'est fini ça, ah oui.

...

Voilà, donc c'est ça. Euh... bon, je pense que c'est... c'est tout hein, j'ai fait plein de trucs hein.

Si c'est pour dire qu'est-ce que j'ai fait comme... dans mon parcours ou comme commerce ? Purée ! J'ai vendu, comme on... on voit à la télé au bled là, ou on voit à la télé, j'ai vendu quoi, l'orange sur ma tête... j'ai vendu la banane sur ma tête, j'ai vendu quoi encore... J'ai travaillé dans un maquis... comment on dit maquis, on dit chez nous maquis, ici on dit bar ?

....

C'est ça. Et j'ai travaillé dans le bar. J'ai travaillé dans le restaurant au bled. J'ai même été... nounou aussi. J'ai même été aussi une servante à la maison. J'ai fait plein de trucs. J'ai vendu aussi... oh, on peut pas tout...

**Vous n'avez pas arrêté.**

Donc à la base, je suis commerçante.

**Ça marche.**

Voilà pourquoi j'ai dit : « je suis commerçante ».

***[Rire]* Oui, c'est très clair.**

Ouais.

**Merci vraiment beaucoup.**

De rien.

**Merci beaucoup de m'avoir accordé tout ce temps et de m'avoir permis de... de mieux comprendre.**

De rien, de rien et j'espère que ça va bien aller pour vous. Vous serez une grande docteure.

**Je vous remercie**

Et puis on ne sait jamais, ouais, je vais vous croiser encore quelque part.

**Ca serait avec plaisir**

## Annexe V : Entretien de Mme K

Je vous remercie de m'accorder un petit peu de temps pour les quelques questions que je vais vous poser. Vous avez décidé depuis la naissance de votre bébé, de pratiquer un allaitement mixte.

Ouais.

Est-ce que vous pouvez, déjà pour commencer, me raconter comment se passe l'allaitement aujourd'hui, pour vous ?

Oui, ça va, ça va. Aujourd'hui, c'est le troisième jour. Euh... je commence à avoir du lait, donc ça va. Pratiquement aujourd'hui, depuis le matin il y en a. Il n'a pris que le lait maternel.

Et depuis qu'il est né, donc vous le mettez au sein et vous lui donnez le biberon ?

Oui, les deux.

Les deux à chaque fois, comment... dans quel... dans un ordre précis ?

Oui, à chaque trois heures de temps, je lui donne d'abord le sein, c'était pour stimuler le lait.

Mhm mhm.

Après, je lui donne le biberon. Oui.

C'est un mode d'allaitement que vous avez choisi de faire avant d'accoucher ?

Oui.

D'accord...

Pourquoi ?

Euh... bah parce que généralement, l'allaitement maternel est plus important pour les premiers jours... les premiers mois de l'enfant. Euh... mais parfois, il y a une insuffisance aussi. Personnellement, c'est ce que je pense parce que parfois il y a un manque de lait. Et moi personnellement je suis hypertendue. Quand on est hypertendu parfois ça... ça joue un impact aussi sur le bébé avec les antihypertenseurs et tout, donc j'ai... j'ai opté pour cet allaitement maternel, surtout pour cela.

S'il y a un manque qui... qui va jouer dans l'allaitement, comme ça, il a... il y a aussi le biberon qui... qui devient un complément.

...

Oui.

...

Ça, c'est pour le début. Par la suite, si... je... généralement quand on travaille, c'est... c'est que... parce qu'il faut... à un moment, le bébé sera laissé tout seul. La maman elle doit aller au boulot. Si l'enfant il n'est pas du tout habitué à prendre le biberon, mais juste les seins, les premiers jours de reprise de travail seront aussi compliqués pour le bébé.

Alors c'est pour éviter toutes ces éventualités qu'on... que voilà, dès le début, je commence, voilà. Pour ne pas que... qu'après, quand je vais reprendre le boulot, que je sois stressée personnellement parce que quand tu sais que tu as laissé ton enfant, il ne va pas de prendre le biberon, euh juste tu es avec tes seins ailleurs, donc c'est... c'est un peu compliqué.

Ok. C'est très clair.

Le premier lait que vous... que vous avez eu le premier jour est-ce que vous l'avez jeté ou vous lui... vous lui avez donné ?

Oui, je lui ai donné.

...

De toute façon, j'ai... j'ai demandé, ils m'ont dit aussi c'est... c'est très... c'est très nutritionnel pour le bébé. Ils me l'ont expliqué et du coup, je lui ai donné dès le premier jour.

**D'accord. Est-ce que vous donnez autre chose que le sein et les... et le biberon à votre bébé ?**

Non, juste... Juste le lait... le lait maternel et le biberon.

**Pas d'eau, pas de bouillie, pas de... de tisane ?**

Non.

**Ok.**

**Vous êtes originaire de... ?**

De l'Afrique de l'Ouest. De la Guinée... précision : de Guinée-Conakry, parce qu'il y a plusieurs Guinée.

**Très bien.**

*(Interruption.)*

**Est-ce qu'on nourrit les bébés de manière... de cette manière-là, avec le sein et le biberon, également dans votre pays ?**

Oui, en Afrique, euh ça dépend de... des familles parce que je... il y a des familles en... en Afrique qui sont complètement analphabètes, euh... donc ils n'ont pas cette culture de mixité ou de... de connaissance d'ailleurs du biberon donc c'est... c'est juste le lait maternel.

Euh... il y a des familles aussi qui euh... où la maman elle ne travaille pas du tout donc si tu travailles pas, parfois il peut... il y a... il y a le manque de travail de la mère, parfois le manque de moyens qui pousse la mère à donner seulement le lait maternel.

**D'accord.**

J'en connais... mais pour les familles qui sont plus ou moins, voilà, aisées ou intellectuelles, je vais dire, ils connaissent c'est quoi le biberon, comment ça s'entretient - parce qu'il faut avoir une connaissance aussi sur l'entretien du biberon - pour éviter voilà, que... que le bébé ait mal, voilà. Du coup d'autres font comme ici, c'est la mixité ; d'autres, c'est juste le lait maternel parce que les mères ne sont pas là pour pouvoir assurer, voilà, la propreté... la propreté du biberon. Ouais, le prix d'ailleurs du... du lait en question, voilà.

**Mhm, OK... vous-même, est-ce que vous savez s'il y a des différences entre le... votre lait à vous et le lait que vous donnez dans le biberon à votre bébé ?**

Oui, il y a une différence, ouais. C'est... le lait... le lait maternel c'est le lait... c'est ton lait. C'est... c'est le lait personnel. L'autre c'est du lait de vache donc *[Rire]*, il y a des... déjà là la différence.

Euh... c'est... c'est plus nutritionnel le lait maternel. C'est qu'il n'y a pas un autre lait qui... qui voilà, qui pourrait le remplacer. Juste c'est... c'est une manière de substituer par... parfois ou d'augmenter. Donc c'est pourquoi je vous ai expliqué dès le début, c'est... c'est par rapport aux objectifs. Moi personnellement, c'est par rapport à mes objectifs que j'ai choisi, voilà, le... le mix.

**Mhm mhm. Parce que vous aviez l'impression que ça suffisait pas pour votre bébé ?**

Voilà.

...

J'ai l'impression que ça suffit pas et éventuellement, si je dois aller travailler, je... je prévois parce qu'il y a... il y a des enfants, dès qu'ils sont habitués juste... seulement au lait... voilà de... maternel, ils auront du mal à accepter le biberon. Parce qu'ils vont... ils vont faire la différence au fur et à mesure que le temps passe.

**Ok. Et, est-ce que... dans votre pays d'origine... on donne autre chose que du lait... que du lait, qu'il soit... que ça soit le lait maternel ou le lait artificiel, est-ce qu'on donne autre chose aux bébés ?**

Euh par rapport aux expériences de mon pays, j'ai pas trop d'expérience parce que comme je vous l'ai dit, quand... quand on est concentré aux études et au travail, parfois tu as une connaissance, mais parfois aussi c'est pas ton cercle... ton domaine d'activités. Tu n'es pas de l'hôpital pour connaître trop ou tu... tu n'es pas intéressée à savoir comment ça se passe autour. Tu peux pas avoir tous... toutes les données pour... pour dire que c'est exactement comme ça que ça se passe dans notre pays. Mais d'une manière générale, seulement ce que je vois, selon ce que je connais en général, c'est le... c'est le lait maternel que les gens donnent le... les premiers mois.

Maintenant, au fur et à mesure que le bébé évolue, il y a de ces familles bien sûr, ils donnent de... de l'eau. Euh... il y a... il y a d'autres aussi, ils donnent... de l'eau chaude... de l'eau tiède plutôt. De l'eau tiède pour, si la mère elle n'est pas bien alimentée et qu'on n'arrive pas avoir assez de lait et que le bébé pleure, il n'a pas... la... la famille n'a pas le prix du lait de... voilà, qu'ils vont faire un biberon, oui, il y a des familles, ils donnent de... de l'eau tiède ou parfois, je sais pas, du thé. J'entends parler souvent. J'ai vu quelques rares familles que j'ai... j'ai connues oui, ils... ils m'ont raconté des trucs comme ça.

**Et c'est quelque chose que vous faites pas du tout pour vous, pour votre bébé ?**

Moi personnellement, je l'ai jamais fait. Personnellement, je l'ai jamais fait.

**D'accord. C'est... c'est votre premier bébé ?**

Non. C'est le quatrième.

**Le quatrième. Vos autres enfants, est-ce que vous les avez allaités pareil avec le sein et le biberon ?**

Oui, les deux. Parce que... le premier, la... ma première fille, j'étais d'abord à l'université donc j'avais mes cours, j'avais aussi, voilà, le bébé donc...

**Vous étiez en France là ?**

Non. Non, je suis venue l'année dernière en France.

**D'accord.**

Voilà. Donc du coup je... vu que j'avais mes études à poursuivre... heureusement que j'étais auprès de la famille. Il y a ma maman, elle n'est pas encore vieille, elle est... elle est jeune (*Soupir.*) Du coup, elle m'a beaucoup assistée dans ce cadre. Si je suis pas à la maison, c'est elle qui donne le biberon à... à mon enfant.

Du coup, ça s'est passé comme ça et c'est... c'est devenu une habitude pour moi cette mixité-là, vu que je suis pas tranquille souvent... avec mon enfant.

**D'accord, OK. Donc à chaque fois, vous avez fait toujours les deux ?**

Oui, les deux.

**Très bien. Euh... vous parliez de votre... de votre maman. Elle est restée en Afrique ?**

Oui.



**Elle est au courant de l'allaitement que vous faites ? Vous en avez... vous avez pu en reparler avec elle ou... ?**

[Rire] Oui, c'est... ça va. Elle est au courant et elle sait parce que elle m'a appris déjà beaucoup de choses donc c'est... pour moi cette... cette fois-ci c'est comme si je découvre autre chose parce que c'est... je suis seule au fait en face du bébé, or d'habitude elle est là. Tous les jours elle est là auprès de moi. C'est juste cette fois-ci que j'ai... j'ai accouché sans elle donc [Rire] Elle... elle-même, on... quand on parle, elle me dit : « oui, tu sais, comme tu as déjà plusieurs expériences, c'est comme ça, il faut continuer dans ce sens », voilà.

**OK. Elle a toujours été très présente pour vos... vos trois premiers ?**

Oui.

**Parce que voilà... parce que vous étiez proches géographiquement ?**

Oui.

**Ok... Et est-ce que vous avez pu en parler avec... avec quelqu'un d'autre, du coup ?**

Par rapport à ?

**Par rapport à votre allaitement. Votre conjoint ?**

Oui, lui il le sait parce que... il a... on a vécu ensemble, pendant les autres enfants, comment ça se passe. Il sait, il sait.

D'accord.

Oui.

**OK. Est-ce que vous, vous vous posez des questions par rapport à comment il faut le nourrir ? Ou est-ce que vous avez eu un accompagnement de la part de professionnels de santé cette fois-ci ?**

Euh... pratiquement, oui, ici oui. On m'a... on m'a parlé un peu, pas beaucoup. Vu qu'il y avait cette maladie, le Covid, donc j'ai pas... j'ai pas voulu trop fréquenter, voilà, les... le PMI qui est auprès de chez moi était fermé. Du coup, j'ai pas pu suivre tout ce qui est... tout ce qu'on apprend aux... aux femmes enceintes ici en France. Je suis juste avec les expériences que j'avais au préalable avec les autres enfants que j'ai déjà eus. Donc l'expérience ici, je... je commence à l'apprendre petit à petit.

D'accord...

Il y avait une sage-femme pendant ma grossesse, elle m'a parlé de l'allaitement. Elle m'avait aussi conseillé de me concentrer plus à l'allaitement maternel par rapport, voilà, à l'allaitement du biberon seulement.

Euh je lui ai dit : « effectivement, personnellement j'aime allaiter, j'aime donner le sein donc je vais continuer dans ce sens. J'ai l'habitude de faire un allaitement mixte ». Elle a dit : « OK, c'est bien et j'apprécie, je... je vous le dis juste parce que c'est... je préfère ne... que vous fassiez un allaitement maternel aussi. Parce qu'il y a de ces mamans, elles préfèrent pas du tout, elles préfèrent donner juste le... le biberon que... que le sein ».

**Elle vous a expliqué pourquoi c'était important, si vous voulez donner le sein, de mettre votre bébé... de le mettre au maximum au sein et éviter de... de donner trop de biberons. Est-ce qu'elle vous a expliqué tout ça ?**

Non, elle ne m'a pas expliqué.

...

Elle ne m'avait pas expliqué.

**OK. Euh est-ce que je peux vous montrer des photos et vous me dites ce à quoi ça vous fait penser ?**

Oui, bien sûr.

**Il y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, OK ? Il y a juste ce que ça vous inspire.**

**(Photo 1)**

Ça, c'est par rapport à... à ceux qui connaissent pas bien comment ça se fait, cette photo-là. Si la cuillère de lait elle tombe à terre, c'est pas... c'est pas... c'est pas du tout normal de la reprendre, de mettre dans le biberon. C'est ce que... personnellement sur la photo, même si... parce qu'il y a... il y a tout ça et c'est... c'est quelque part les conséquences du biberon, le manque de connaissance de... de l'entretien du biberon en question, euh... ça... ça peut conduire à des problèmes pour le bébé.

**Merci. Je vais vous montrer une deuxième photo. (Photo 2)**

*(Silence.)*

Là... là, c'est un... c'est une femme qui donne le... voilà, qui... qui donne le sein ; et une autre qui donne juste le biberon, et c'est la différence entre euh... la grandeur des bébés, je vais dire ce que moi je vois dans... dans cette photo. Le bébé qui prend plus le sein il a... ici, il apparaît comme un bébé plus costaud par rapport à... à celui qui... qui a juste le biberon. C'est... c'est mon impression.

**Merci. Je vous montre une dernière photo. (Photo 3)**

*(Silence.)*

Là c'est une femme, elle est en train de toucher le sein, celle-là ?

Euh... ici, je pense que c'est comme si c'est une mère peut-être qui est... qui est en train de montrer à sa fille comment donner le... le sein au bébé.

... Ouais, je pense.

**Je vous remercie.**

C'est moi qui vous remercie.

**Est-ce que vous... vous avez des choses à... auxquelles... enfin que vous voudriez me dire, dont on n'a pas... dont on n'a pas parlé ? Toujours en ce qui concerne votre... enfin l'allaitement que vous avez choisi et tout ce qui tourne autour de ça ?**

Non, pour moi ça va hein. Ça va, c'était juste, ça a été un plaisir pour moi de répondre aux questions parce que comme vous l'avez dit, c'est... c'est... c'est une étude que vous êtes en train de faire donc participer à des études comme ça, si éventuellement j'ai la possibilité d'avoir le résumé que vous allez faire, après voilà comme vous l'avez dit sur le papier, voilà, ça me permettra sûrement d'avoir plus de connaissances et plus d'expérience... par rapport à tout ça.

**Bien sûr, avec plaisir.**

Et voilà, éventuellement conseiller à d'autres mères parce que... le peu d'expérience qu'on a, parfois, si tu as d'autres expériences venant d'une autre personne aussi, ça devient un cumul pour toi, ça te permettra d'augmenter les connaissances, et éventuellement de transmettre.

**Je finis juste par quelques questions d'ordre purement administratif. Est-ce que vous pouvez me dire l'âge que vous avez ?**

Oui, j'ai 30 ans. J'ai... je suis du mois de septembre, donc le mois de septembre dernier j'ai eu 30 ans.

**Tout juste 30 ans, donc joyeux anniversaire en retard alors [Rire] Très bien. Vous êtes arrivée en France l'année dernière, vous m'avez dit ?**

Oui.

**D'accord, très bien. Vous m'avez parlé de vos études, qu'avez-vous fait ?**

Je suis allée jusqu'au niveau de la Licence.

Oui, en Administration des affaires. Donc c'est... je me suis limitée là. Pour le moment j'ai pas... j'ai pas poursuivi parce que vu qu'il y avait la maternité, les conditions, j'étais pas apte à faire un Master. Je voulais aussi avoir une... une autre expérience de la vie, le monde professionnel. Donc je voulais travailler, ensuite dans l'avenir voir comment est-ce que je pourrais faire un Master, bien sûr.

**Et aujourd'hui vous avez une profession ?**

Oui, je suis assistante commerciale.

**D'accord.**

Oui. Enfin pour le moment, j'ai pas commencé à travailler ici en France (*Soupir.*) Quand je suis arrivée, il y avait... il y avait les enfants d'abord, ils étaient pour moi une priorité. Il faudrait qu'ils recommencent les études. Il faudrait qu'ils s'adaptent. Après, c'est venu... le cas du Covid. Après, il y avait ma grossesse. Donc une grossesse aussi qui était pathologique, mais par rapport à l'hypertension donc j'étais obligée d'aller en congé... j'étais obligée d'aller en... comment on appelle... en arrêt travail donc je pouvais pas me chercher une formation ni un boulot. Euh... après [Rire] je suis rentrée en congé maternité. Du coup cette année, j'ai pas... j'ai pas pu faire grand-chose ici en fait.

**C'est une année particulière pour tout le monde...**

Oui.

**Merci pour... merci pour toutes... toutes vos réponses.**

Ouais, c'est moi qui vous remercie.