



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et 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 une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes de Metz

La femme, la mère et la sage-femme

Intégration des repères sensoriels de l'allaitement maternel
en maternité chez les femmes primo-allaitantes



Mémoire présenté et soutenu par

Isabelle HUMBERT

Née le 26 juin 1985

Formation 2006-2011

Remerciements

Ce mémoire est le fruit d'une collaboration avec Pascal BOURGER, psychomotricien, mon directeur de mémoire, que je remercie pour son aide et sa disponibilité.

Ma vive reconnaissance à Madame Karine SCHNITZLER, sage-femme cadre enseignante à l'école de Metz, pour l'encouragement qu'elle m'a témoignée pour ce travail et tout au long de mes études.

Je remercie chaleureusement Madame Fabienne GALLEY-RAULIN, sage-femme cadre de pôle à Verdun, pour nos échanges enrichissants.

Toute ma reconnaissance à Monsieur SIMON Béranger, psychologue clinicien, de m'avoir apporté la richesse bibliographique et un avis professionnel.

Une mention spéciale à toutes les femmes qui ont accepté de s'entretenir avec moi et me confier leur vécu.

Un grand merci à mes parents, mes proches et amis dans leur soutien et leur contribution.

Sommaire

Introduction	- 1 -
Partie 1 : Communication en maternité : appropriation corporelle de l'allaitement maternel	- 2 -
1. sensorialité et l'allaitement maternel	- 3 -
1.1. Généralités.....	- 3 -
1.2. Corps de femme, corps de mère	- 8 -
1.2.1. Généralités anatomiques du sein dans ses deux fonctions	- 8 -
1.2.2. Les représentations sociales du sein en Occident	- 10 -
1.2.3. Femme et mère : un sein et plusieurs fonctions	- 11 -
1.3. Les corps au cœur de l'allaitement maternel.....	- 12 -
1.3.1. Corps allaité et corps allaitant dans l'histoire de l'art.....	- 12 -
1.3.2. Repères anatomiques.....	- 14 -
1.3.3. Compétences du nouveau-né	- 16 -
2. Intégration du savoir autour de l'allaitement maternel	- 18 -
2.1. Les différents niveaux de communication sage-femme/patiente	- 18 -
2.1.1. Généralités.....	- 18 -
2.1.2. La communication non verbale dans une relation de soin	- 20 -
2.1.3. Le concept d'approche interculturelle.....	- 21 -
2.2. Cas particuliers.....	- 21 -
2.2.1. Différence culturelle et linguistique.....	- 22 -
3. Actions en maternité	- 23 -
3.1. Population de patientes diversifiées	- 23 -
3.1.1. Législation pour la singularité des personnes	- 23 -
3.1.2. Approche sociologique en France	- 23 -
3.2. Supports de transmission	- 25 -
3.2.1. Tour d'horizon européen et français voir annexe II.....	- 25 -
3.3. Enjeux et difficultés	- 26 -
3.3.1. Accompagner l'allaitement maternel à ses débuts	- 26 -
3.3.2. Conséquences de l'échec pour la sage-femme.....	- 27 -
3.3.3. Conséquences de l'échec pour la mère	- 28 -

Partie 2 L'enquête : présentation et résultats.....	- 30 -
1. Conception	- 31 -
1.1 Cadre conceptuel de l'étude	- 31 -
1.1.1 Problématique	- 31 -
1.1.2 Hypothèses	- 31 -
1.1.3 Objectifs	- 31 -
1.2 Méthodologie de l'enquête.....	- 32 -
1.2.1 Choix de l'outil Voir annexe III.....	- 32 -
1.2.2 Réalisation de l'enquête	- 32 -
1.2.3 Points faibles et points forts de l'étude	- 33 -
2 Les résultats	- 35 -
2.1 Les caractéristiques de la population étudiée.....	- 35 -
2.2 La grossesse	- 36 -
2.3 La première mise au sein.....	- 40 -
2.4 Le séjour en maternité	- 42 -
Partie 3: L'enquête: analyse et discussions.....	- 51 -
1. Analyse des résultats	- 52 -
1.1 Appropriation du corps féminin.	- 52 -
1.2 Concordance des repères.....	- 55 -
1.3 Voies de communication mère/bébé dans l'information	- 57 -
1.4 Importance de la première mise au sein.....	- 58 -
1.5 Analyse des supports écrits	- 59 -
1.6 L'information sur les positions et sur les repères est-elle suffisante ?.....	- 61 -
2 Discussions et propositions	- 63 -
2.1 Préparation à la naissance et à la parentalité.....	- 63 -
2.2 Pédagogie et démarche éducative :	- 64 -
2.3 Travail multidisciplinaire autour de l'allaitement.....	- 64 -
2.4 Dialogue entre sage-femme et mère.....	- 66 -
2.5 Un travail de fond: l'éducation à la sexualité.....	- 67 -
Conclusion.....	- 68 -
Bibliographie	- 68 -
Annexe I	- 1 -
Annexe II.....	- 8 -
Annexe III	- 12 -
Annexe IV	- 19 -

Introduction

Savoir allaiter n'est pas inné : c'est un apprentissage. Issu d'un choix, allaiter est un art que chaque femme réinvente. A plusieurs reprises dans notre histoire, le lait maternel n'est pas donné directement par le sein de la mère. Une période, en particulier, fait perdre le fil de la transmission des repères pour allaiter. Dans les années 1980, mères et professionnels ont du réapprendre ce savoir-faire. Depuis, des recommandations sur les positions et les repères corporels ont été établies. L'accordage du corps de la mère et du bébé est le fruit d'observations multiples.

En tant que future sage-femme, émanciper les mères dans leur allaitement implique de tenir compte de leur singularité. Effectivement chaque femme a un vécu propre, qu'il soit corporel ou psychique, qui permet la construction de leur identité.

Les situations particulières comme la barrière linguistique ou le handicap, sont rencontrées fréquemment en maternité. Quant à l'art de la sage-femme, il réside dans le savoir-faire de la prise en charge individualisée. C'est pourquoi rechercher l'intégration de la sensorialité, spécifique à l'allaitement maternel, est un moyen d'enrichir la pratique en rendant les femmes autonomes dans leur fonction maternelle.

La réalisation de cet accompagnement nécessite des connaissances sur la communication et ses distorsions. L'objectif principal est d'en établir une, adéquate à chaque femme.

Afin de mieux comprendre l'impact du corps et de la sensorialité dans l'allaitement maternel, les théories anthropologiques, psychanalytiques et neurobiologiques, dans leurs généralités, dresseront un cadre au sujet. Plus spécifiquement, le sein entre symbole érotique et maternel, sera exploité dans son empreinte collective et individuelle. Ensuite la question de l'accompagnement en maternité sera abordée sous deux axes : sa réalisation et ses enjeux.

Dans un deuxième temps, l'étude auprès des femmes primo-allaitantes sera exposée.

Enfin, l'analyse de l'intégration des repères corporels et sensoriels de l'allaitement maternel sera un appui aux différentes propositions possibles quant à son amélioration.

*Partie 1 : Communication en maternité :
appropriation corporelle de l'allaitement maternel*

1. SENSORIALITE ET L'ALLAITEMENT MATERNEL

L'allaitement maternel met en dynamique deux corps. L'un d'eux a un vécu derrière lui et l'autre commence son « histoire ». Pourtant, ces deux corps vont se retrouver après neuf mois de liens biologiques et psychiques. Cette nouvelle relation va créer une empreinte corporelle chez chacun d'eux. Les sens inaugurent cette nouvelle interaction, dans la poursuite de la grossesse. Le toucher est le sens le plus stimulé in-utero par le fœtus, alors nous allons voir dans le prolongement direct de la naissance ce que le toucher apporte dans la mise en place de l'allaitement maternel.

1.1. Généralités

Nombreuses sont les sciences qui se sont intéressées au corps et au toucher. L'anthropologie étudie les relations sociales au sein des différentes ethnies. Avoir un enfant et le nourrir est universel et l'anthropologie permet d'avoir une vision cosmopolite du corps. La psychanalyse fondée par Freud est basée principalement sur les relations objectales de l'enfance. Ces objets font référence au corps. Enfin, les sciences neurocognitives sont en pleine expansion et apportent des connaissances sur la physiologie du corps et sa représentation dans le cerveau.

Avoir accès et faire une synthèse de ces théories permet une vision plus large et plus complète du sujet. De plus, ces théories générales intègrent la parentalité et les liens mère-enfant.

Le toucher et le corps en anthropologie : « L'insaisissable du corps » de David Le Breton [1], [2],[5]

Toute communauté humaine a sa propre représentation du Corps. *«L'homme fait le monde en même temps que le monde fait l'homme, à travers une relation changeante selon les sociétés et dont l'ethnographie, par exemple, nous montre les innombrables versions»*. Le corps ne se limite pas à sa définition anatomique et physiologique. C'est une symbolique qui résulte d'une imprégnation sociale et culturelle. **Ainsi, en**

anthropologie, l'image du corps^a est définie (*Voir glossaire, annexe I*) par quatre composantes : forme, contenu, savoir et valeur. Chaque société adapte ses composantes. Le corps dans les sociétés occidentales est un ensemble clos et bien délimité, individuel. Contrairement, dans les sociétés dites traditionnelles, le corps est un lien entre l'homme et le groupe et l'homme avec la nature. Il y a une différence de délimitation.

Le corps peut-être vu comme un partenaire dans les sociétés occidentales. «*Le double fidèle mais façonné sans indulgence*». Ici, le corps est détaché de soi : c'est un partenaire. Cependant, il n'est pas toujours à l'image idéale inspirée par les normes sociétales. Ainsi, le modèle culturel dominant féminin tend à ne pas correspondre aux modifications physiques qu'engendre la grossesse. La poitrine est l'une des zones les plus transformées physiquement et dans son image.

Le toucher comme élément culturel [3], [4]

L'anthropologie aborde le toucher dans sa perspective culturelle. Elle regarde son action au sein de l'établissement des relations et dans la transmission de savoirs intergénérationnels. Edward T. Hall parle d'un espace invisible dans le continuum de l'enveloppe corporelle qui installe une distance entre les individus : «**la proxémie**»^b. Elle est influencée par la culture. En Occident, le toucher est un mode relationnel peu développé résultant des conditions de bienséance dictées dans l'éducation. «*Nous avons ainsi développé une étourdissante virtuosité du non-contact*» explique Descamps M-A. Pourtant, dans la situation d'une première mise au sein, la rencontre avec un être encore inconnu se fait directement dans la sphère intime de la proxémie.

Le toucher et le corps en psychanalyse [7]

La psychanalyse à travers l'intérêt qu'elle a porté au corps a différencié deux axes principaux : **le schéma corporel**^c et **l'image corporelle**^d. Le schéma corporel permet de dissocier et adapter son corps à l'environnement. Quant à l'image corporelle, elle est une représentation mentale du corps.

Dolto a présenté une image schématique de ces deux conceptions. Ce travail a permis de les définir. Le corps est contenu dans une enveloppe : la peau. Elle est un soutien physique et psychique.

Anzieu et Winnicott sont tous deux psychanalystes. Ils apportent leur spécificité à l'édifice Freudien. Anzieu a travaillé sur la définition et le rôle du Moi-peau. Winnicott, quant à lui, a orienté son travail sur l'enfant, la parentalité et leur interaction.

Le toucher dans la construction du «Moi-peau» [8]

La tétée peut être une expérience sensorielle nouvelle pour la mère pouvant modifier les fondements de ses ressentis corporels. En outre, ces sensations sont constructives de mécanismes d'appropriation du corps. Anzieu en a déduit le Moi-peau.

Le «Moi-peau» regroupe les termes d'enveloppes corporelles centrées sur la sensorialité et le psychisme. Il y a entre autres l'enveloppe visuelle, l'enveloppe sonore, l'enveloppe maternante. Celle-ci est décrite par le maternage primaire cité par Winnicott.

L'enveloppe externe « peau », pour Anzieu possède un primat structural sur tous les autres sens pour trois raisons. Elle est la seule à recouvrir tout le corps, elle-même contient plusieurs sensations distinctes (chaleur, douleur, contact, pression) et crée une proximité physique avec les objets. Ce concept permet l'étayage du Moi constitué à partir de cette enveloppe corporelle. Le terme de Moi-peau rappelle que chaque caractéristique de la peau correspond à un équivalent psychique. La peau forme «un sac» contenant et retenant la psyché. C'est aussi l'interface avec l'extérieur, donc un lieu de communication et d'établissement de relation. Anzieu théorise **les huit fonctions du Moi-peau**^e. Cette dernière fonction est renforcée par l'environnement maternel décrit par Winnicott l'«object-presenting».

Le toucher dans le processus du développement de l'indépendance de l'enfant [8], [9]

Pour Winnicott il y a une entité mère/nouveau-né pendant les 6 premiers mois de la vie. Ces théories sur la préoccupation maternelle primaire, la phase de maintien et le développement de l'indépendance : «du self» sont des phases nécessaires à la bonne évolution de l'individu et son individualisation. La délimitation du schéma corporel et la création de l'image corporelle de l'enfant se font grâce à des fonctions maternelles. Le **holding, handling et l'object-presenting**^f définissent la phase du maintien durant cette période.

Ces deux psychanalystes nous apportent des clefs sur la compréhension du fondement du «Moi psychique». Winnicott explique l'éveil du Moi-peau par la fonction maternelle. Anzieu, par ses recherches sur le toucher, donne une ébauche du lien entre le psychique et l'organisme. Les neurosciences vont compléter ces données en se spécialisant dans les recherches sur le cerveau. Comment s'inscrit le corps dans notre cerveau est l'énigme que ces sciences essaient de résoudre.

Le toucher et le corps dans les neurosciences [10]

Les deux entités cerveau et corps (par les sens) sont souvent étudiées séparément. Cependant leurs deux fonctions sont synergiques, elles permettent l'interaction de l'individu avec son environnement. Le corps et le cerveau sont partenaires dans le maintien de l'homéostasie de l'organisme. Le premier explore l'environnement et transmet ces données au cerveau qui influence les conduites que le corps adopte pour répondre à l'extérieur. Le cerveau élabore donc des représentations changeantes du corps. A l'inverse, ce dernier varie sous l'impact d'influences neuronales et chimiques. Ces réponses peuvent être de deux ordres : motrices (actions) ou mentales (images). Ces actions données par le cerveau peuvent être volontaires ou pas. La représentation mentale du corps est alors en perpétuel changement. Elle est sous la dépendance de l'environnement. Elle a pour base l'anatomie du corps et sa **kinesthésie**^g. Dans la théorie d'Antonio R. Damasio, on voit que l'évolution de l'organisme et sa survie n'aurait pu se faire sans une représentation mentale du corps, c'est-à-dire que la protection de l'organisme n'aurait pu être assurée sans une représentation de l'anatomie et physiologie actualisées.

Toutes ces représentations fournies par le corps sont des références fondamentales pouvant être une base matérielle au Moi qui existe à tout instant qui donne naissance au terme de Moi neural. Ce sont les états présents du corps qui sont pris en compte par l'individu : un Moi biologique. Celui-ci vient se connecter aux autres états de conscience véhiculés par les émotions et les rencontres.

Toucher pour connaître [11], [12]

Les **gnosies**^h tactiles apportent des informations communes avec la vue. Elles fournissent des connaissances sur l'environnement et la propriété des objets. Le toucher renseigne plus particulièrement sur les propriétés physiques et spatiales. Ce système perceptif a des modalités spécifiques, il permet une objectivation des informations. Il est

une modalité de contact dont les récepteurs sont répartis sur tout le corps. Effectivement, le toucher peut être défini dans deux modalités différentes. L'une avec le simple contact comme zone perceptible sans mouvement associé : c'est le mode passif. L'autre mode s'aide des mouvements volontaires associés à la recherche d'informations : **c'est le mode haptiqueⁱ**.

La qualité de la perception tactile finale dépend donc de ces mouvements et de la synthèse mentale faite a posteriori. Cette synthèse mentale se construit par un apprentissage. La vue et le toucher procurent des perceptions qualitativement différentes. La vue va renseigner sur l'aspect global de l'objet, sur les distances, mesures ou les couleurs. Le toucher va donner des informations sur la qualité des objets, leur texture, la température, la pression et le poids. Les observations d'Yvette Hatwell montrent qu'une personne ayant à disposition le visuel et le toucher pour explorer un objet, le visuel sera utilisé pour repérer l'espace dans lequel est l'objet et l'haptique pour sa texture.

Dans un contact sage-femme/mère, le toucher apporte des informations d'une qualité différente de celles que la vue fournit. Avec le toucher, on peut ressentir les tensions musculaires plus ou moins prononcées de l'autre car «on ne peut toucher sans être touché» [31]. Ce dialogue corporel apporte des informations que la vue ne nous donne pas aussi précisément. Ces tensions ont souvent du mal à être verbalisées car la personne n'en a pas conscience. **Les parties du corps sont représentées dans le cortex humain^j**. Dans ce schéma, le thorax comprenant le sein a une proportion bien moins importante que la main ou la langue. Effectivement la main explore, la langue goûte et le sein allaite ? Cette zone va être stimulée lors des tétées alors que sa représentation mentale est moins élaborée. Les régions les plus performantes sont pour l'enfant la zone buccale car il présente une immaturité motrice au niveau du système bras-main. Chez l'adulte, c'est la main qui remplit ce rôle central dans la perception tactile. La main a une zone cérébrale très développée étant donné son importance dans la transmission d'informations. Celle-ci est donc sous la dépendance du développement des organes sensoriels et moteurs. Mais cette maturation est lente et demande beaucoup d'expérience. Elle dépend des capacités de la mémoire de travail dite à court terme [14]. Effectivement, la mémoire a été définie comme la capacité à enregistrer, stocker et retrouver l'information qui a été encodée. Atkinson l'a distinguée en une mémoire à court terme et une à long terme. Fonctionnant par l'oubli, la mémoire à court terme a une faible capacité. A l'inverse, la mémoire à long terme, a une capacité illimitée et est un lieu de stockage de l'information, grâce au phénomène d'**engramme^k**. Baddeley et

Hitch reprennent la mémoire à court terme en mémoire de travail, elle est dépendante des perceptions sensorielles, surtout l'auditif et le visuel. Cependant des recherches sur la mémoire tactile sont en cours. Une étude a montré que des patients amputés de leur membre supérieur en gardaient une représentation dans le cortex (Mercier et al, *brain*, 2006).

Dès le début de la vie, le fonctionnement synergique du corps et de la psyché est important dans la constitution de chacun. La prise en charge de la sensorialité dès la naissance est un enjeu majeur pour le développement de l'individu, homme ou femme.

1.2. Corps de femme, corps de mère

Le corps de femme est en mouvement dans ses transformations physiques, ses représentations, ses expériences et par qui il est convoité. Une partie de ce corps est emblématique parmi ces métamorphoses : le sein. En Occident, celui-ci a un rôle sexuel dans la société. Ces deux visions intéressant l'enfant puis l'homme vont donner lieu à une ambiguïté dans l'acte de «donner» le sein.

1.2.1. Généralités anatomiques du sein dans ses deux fonctions [15]

Sein vient du latin *Sinus* qui veut dire creux, pli et courbe, ainsi il évoque le désir sexuel. Ce mot est utilisé à partir de 1798 pour doubler le mot mamelle du latin *mamma* jugée trop bestiale, c'est alors que le sein a pris un double sens : dorénavant c'est la partie antérieure du thorax d'une femme.

Généralités anatomiques et développement de la glande mammaire [16]

Le sein est un organe plein. Il est situé sur la face antérieure du thorax, directement sur un muscle puissant : le grand pectoral. C'est un organe sexuel secondaire dont les annexes cutanées reflètent en permanence la situation hormonale à laquelle il est soumis. Le sillon sous-mammaire qui le sépare du gril costal est le signe anatomique du sein adulte avec le retour de l'aréole dans le plan du sein. L'aréole est la peau pigmentée située au bout du sein (peau plus foncée). Elle a une surface irrégulière où se trouvent deux types de glandes sébacées : les tubercules de Morgani et les tubercules de Montgomery. Ces derniers sont des glandes mammaires accessoires qui

s'hypertrophient pendant la grossesse. Les glandes sébacées sont accompagnées de glandes sudoripares qui vont produire une odeur. L'aréole enferme des fibres musculaires lisses qui permettent sa contraction. Au centre de l'aréole et à l'extrémité du sein se situe le mamelon, lieu d'éjection du lait. Il est la cicatrice de l'**ectoderme**¹. La peau et ses structures nerveuses sont issues de ce tissu, leurs donnant des capacités communes. C'est une région sensible de par sa composition particulière en récepteurs sensitifs. Activés, ils envoient des messages pour produire le lait et pour le libérer. Le durcissement du mamelon est une réponse à des stimulations mécaniques ou thermiques.

Anatomie du sein allaitant [16], [17]

Il contient la glande mammaire «une usine de production» décrit par Marie Thirion. La production de lait est intermittente, elle ne fonctionne qu'à partir du quatrième mois de grossesse jusqu'au sevrage. L'unité fonctionnelle de production est le lobe. Il est constitué du canal intra lobulaire et des tubules terminaux entourés du tissu palléal (sensible aux variations hormonales). L'ensemble de ces lobes forment un arbre qui est relié aux galactophores primaires. Dans les **nouvelles recherches**^m, ces canaux s'abouchent plus près du mamelon, ils varient de 4 à 18. The University of Western Australia note que le réseau canalaire est complexe et n'est pas toujours disposé selon un modèle radial ou symétrique. Soixante cinq pour cent du tissu glandulaire se localisent dans un rayon de 30 mm à partir de la base du mamelon.

Elle est composée d'un tissu conjonctivo-adipeux qui soutient et réserve les matières premières pour la fabrication du lait. La seconde est la structure épithéliale qui sert à produire. Le duo mamelon-aaréole est une région primordiale dans le démarrage de la lactation. Néanmoins cette zone peut aussi avoir une fonction érogène pouvant entraîner une érotisation du sein.

L'érotisation du sein [19]

L'espèce humaine a développé un **comportement érotique** ⁿ, en dépassant le **comportement reproductif** ⁿ dominé par les hormones. La différence entre ces deux comportements est leur finalité. Le comportement reproductif a pour but la survie de l'espèce et le comportement érotique : l'obtention du plaisir. Le comportement érotique débute en intra-utérin. Tout le corps et les systèmes **somatosensoriel** ^o participent au

développement de celui-ci. Un des systèmes qui le renforce est celui des zones érogènes. Le mamelon et l'aréole sont des zones érogènes : un derme mince et des cellules sensorielles plus proches de l'épiderme par rapport aux autres peaux. Les expériences tirées de ces zones érogènes vont créer une voie de récompense amenant la personne à un apprentissage de sa sexualité : c'est l'érotisation du sein dans ce sujet.

Dr Waynberg, sexologue, déclare «*la poitrine appartient beaucoup plus au registre de la séduction qu'à celui de la sexualité opératoire*». Le pouvoir érogène des seins est aléatoire. Il dépend de l'anatomie de la femme et de la sensorialité qui a pu être développée avec de l'apprentissage. Or, il semble que les jeunes femmes se masturbent peu les mamelons. Dans ce principe, Jacques Waynberg annonce le sein comme n'étant pas une zone érogène primordiale, c'est-à-dire l'inverse de ce qui est sous-entendu dans les publicités et les normes sociales. Pourtant l'autoérotisme est riche d'enseignement et est efficace dans l'apprentissage. Erotiser le sein pour une femme est une étape importante dans le développement de son apprentissage sexuel.

1.2.2. Les représentations sociales du sein en Occident [18]

En Occident, les seins sont un symbole sexuel pourtant ce n'est pas universel, d'autres cultures ont des symboles érotiques différents : par exemple en Chine ce sont les pieds, au Japon la nuque, en Afrique les fesses. Le point commun entre elles, c'est qu'elles sont toutes cachées partiellement ou totalement.

Marilyn Yalom pose une question fondamentale : «*à qui appartiennent les seins ?*» aux enfants, aux hommes, aux industries et aux commerces, aux religions, à la loi, aux médecins et chirurgiens esthétiques, aux pornographes ou à la femme pour qui les seins font partie de son corps ? Cette question a parcouru l'histoire et l'a influencée. Le sein fut successivement religieux avec les madones italiennes : c'est le sein sacré. Le sein politique avec Marianne au sein nu symbole de la révolution française. Ils se démocratisèrent avec un devoir civique de nourrir la Nation. La médecine a depuis l'Antiquité des traités médicaux qui s'intéressent beaucoup aux seins. A l'époque Grecque et Romaine, le sein allaitant ou non fut un sujet d'étude pour les médecins. Le soin de ceux-ci était important pour la survie de la population. Au XX^e siècle, la médecine porte son intérêt dans le soin de cancer du sein. Pour la première fois

l'attention est portée sur le sein non allaitant. A l'époque industrielle, les exigences sur les seins se sont accélérées. Le commerce a apporté aux hommes et aux femmes une vision de «normes» esthétiques de la poitrine. Il y a toujours eu un commerce autour des seins, corsets, sous-vêtements qui sont apparus à l'époque gréco-romaine. Au XX^e siècle le soutien-gorge a été inventé, imposant à toutes les femmes, toutes classes sociales mêlées, un contrôle sur leur poitrine. Les évolutions de la mode dictent un idéal du corps changeant selon les époques. C'est à ce moment que l'on voit apparaître l'importance de l'image du corps. Dans les années soixante, les femmes ont eu le désir d'enlever cette pression extérieure par l'action symbolique de brûler les soutiens-gorge. L'identité féminine dans ce qu'elle a de plus intime a été là, encore, un enjeu politique mobilisant toute la société.

Le corps féminin, utilisé dans les publicités, les films et les magazines donne une norme d'apparence, à laquelle répondent les hommes et les femmes. Le sein comme symbole d'érotisme est mis en contradiction avec les pratiques érotiques réelles.

En conclusion, le sein est au cœur de l'identité féminine. N'appartenant pas qu'aux femmes, le sein s'inscrit dans de réels enjeux de société, partagé entre le symbole nourricier et le symbole sexuel.

1.2.3. Femme et mère : un sein et plusieurs fonctions [20],[21], [22], [23], [24]

Existe-t il un clivage entre le sein d'une femme et celui d'une mère ?

Hélène Parat, psychanalyste a envisagé l'allaitement d'un point de vue maternel. Les recherches ont souvent porté sur les bénéfices pour l'enfant. Mais qu'en est-il des significations qu'il peut représenter pour la mère ? Avec le retour de l'allaitement maternel dans le discours médical et social, Hélène Parat pense que ce discours véhicule l'image d'une «bonne mère», celle qui allaite : «le plaisir-devoir». Pour elle l'allaitement maternel est un acte charnel et intime spécifique qui est inséré dans un vécu personnel dans ses angoisses et fantasmes les plus intimes. Cet acte a une réalité corporelle qui peut avoir des résonances positives comme négatives. Il n'y aurait pas de clivage sein maternel/sein féminin, mais un équilibre, une union de ces deux seins. La mère a besoin de se sentir femme pour pouvoir donner un sein nourricier : cela n'est pas sans difficulté et étrangeté. En d'autres termes si elle a déjà ressenti les effets de stimulation du mamelon, la femme ne sera pas surprise pas cette sensation lors d'une

tétée. Cette pensée peu avouable dans notre société a déjà été étudiée il y a quelques siècles. On retrouve dans l'histoire, des écrits médicaux sur le plaisir de l'allaitement. Laurent Joubert, un médecin du XVI^e siècle décrit cette relation comme une relation d'amour. La prise de conscience des sentiments qui lient le nouveau-né à sa mère se fait à cette époque. Ambroise Paré s'intéresse au plaisir physique ressenti par la mère. Il établit un lien physique par le biais d'une veine qui reliait l'utérus aux seins, ainsi, les zones érogènes seraient confondues. En 1760, le docteur Desessartz essayant de comprendre la nature de ce plaisir interrogera des femmes. Elles décrivent une sensation proche de l'orgasme. Avec la libération sexuelle, des années 1970, de nouvelles recherches se font.

Par ailleurs cette problématique est d'actualité. Récemment elle est ressortie dans le dernier ouvrage d'Elisabeth Badinter où elle évoque que l'allaitement maternel reste un choix qui n'est pas toujours facile à réaliser pour toutes, selon leur vécu et leur environnement. Elle émet des inquiétudes face à un discours de santé publique qui peut devenir chez certaines femmes, une difficulté dans la mise en place de leur maternité.

1.3. Les corps au cœur de l'allaitement maternel

Les regards autour d'une femme qui allaite ont toujours été présents. Chargés de différents enjeux au cours des siècles, ces deux corps ont été observés. Sur les questions démographiques, les hommes politiques et religieux influent l'histoire de l'allaitement maternel. Aujourd'hui, les sages-femmes ont développé des compétences dans l'observation des tétées amenant à analyser la relation dans sa globalité. Ces compétences requièrent des connaissances anatomiques et physiologiques pour pouvoir guider les mères dans leur allaitement.

Les meilleures traces de cette analyse dans l'histoire sont restées dans les œuvres d'art où l'image nous donne la vision de l'époque.

1.3.1. Corps allaité et corps allaitant dans l'histoire de l'art [25], [26]

En Occident, allaiter fut un acte culturel qui concernait l'ensemble de la société. Etudier l'histoire permet de comprendre l'empreinte sur les femmes et comment s'est forgée **une identité culturelle^P** dominante. Ces liens peuvent nous éclairer sur des attitudes

collectives et leurs ressentis. Les apparences sont parfois trompeuses, à travers l'image de l'allaitement simple et naturel, il y a souvent une symbolique que l'histoire de l'art explique.

De l'antiquité au Moyen-âge

Les gestes de la lactation ont été représentés dès la préhistoire. Dans un contexte de subsistance, ces images de figures féminines allaitantes étaient des divinités à invoquer. Dans les plus grandes civilisations antiques on trouve ce thème dans l'art.

Au Moyen Âge, les scènes d'allaitement sont codifiées par la religion. Ces commandes ne sont pas précises en anatomie : le sein est placé trop haut, quelquefois il est sur l'épaule. Ce n'est pas le fruit de méconnaissances mais un acte délibéré. Il représente avant tout l'allaitement comme un acte spirituel. La position particulière de ces deux corps, dans l'art, s'appelle le «contrapposto». L'enfant n'est représenté qu'avec le mamelon à peine dans la bouche et se tourne vers le spectateur. Il est alors en torsion, une position peu ergonomique pour boire. La position maternelle toujours utilisée à cette époque est celle dite de la «Madone».

La nudité des seins n'est pas exclue. Au contraire, elle est une norme et on parle de vénération de la poitrine de la sainte.

Le contexte religieux laisse place aux illustrations de la vie quotidienne

Ces illustrations de Maria Lactans sont très fréquentes entre les XIV^e et XVII^e siècles. Les impressionnistes mettront du temps à s'écarter des anciennes représentations. Les canons de la peinture religieuse sont repris pour représenter le bonheur du contact corporel mère/nourrisson. C'est aux XIX^e et XX^e siècle que la scène devient réaliste : la tête de l'enfant est enfouie dans le sein. La posture allongée apparaît. Dans les milieux populaires, l'allaitement au sein a son image qui évolue également. La femme allaitant a un statut privilégié dans le partage des tâches du travail aux champs. Quelques siècles plus tard et dans l'évolution de l'ère industrielle, le peintre Léon Frédéric (1856-1940) peint une réalité sociale tout autre. L'une de ses œuvres montre la classe ouvrière au travail : les femmes arborent des visages tristes et éprouvés malgré leur jeunesse. Ici, les femmes allaitent en public même dans leurs activités quotidiennes.

Ces représentations de femmes allaitantes ont participé à la fondation d'une culture et d'un inconscient collectifs.

Au XX^e siècle les iconographies des scènes d'allaitement diminuent objectivant ainsi son recul. De plus, Frida Khalo (1907-1954), peintre surréaliste et femme s'inspirant de son vécu, mène un combat sur l'histoire des femmes de son époque et de toutes les générations. Elle aborde l'allaitement maternel sous un côté psychique, et montre l'effet qu'il peut avoir sur un enfant, devenu adulte, allaité par une nourrice portant un masque traditionnel. Le tableau «Ma nourrice et moi» montre cette petite fille, au corps de nourrisson et au visage d'adulte. Dans ce tableau figure l'indifférence, l'absence de gestes affectueux et de connivences tactiles ou visuelles. C'est à l'opposé des figures de Maria Lactans. Cette peintre handicapée montre le lien entre la psyché et l'expérience du corps dès sa plus précoce empreinte.

1.3.2. Repères anatomiques

Le corps de la mère et celui du bébé vont s'ajuster et s'«accorder», l'un envers l'autre. Des postures sont découvertes et perfectionnées dans les premiers jours de cette expérience. Ces positionnements corporels n'ont pas seulement un but physique mais influent également sur les affects qui circulent entre ces deux êtres. Stern parle «d'accordage affectif» qui est observable entre la mère et son nourrisson, par le biais de leurs échanges. C'est important de connaître les théories de positionnement pour allaiter afin d'observer ces mères, comprendre l'enjeu qui s'y joue et pouvoir les guider. Aujourd'hui de nouvelles données apportent des compléments sur les positions pour améliorer la mise en route de l'allaitement maternel.

Les repères anatomiques utilisés pour guider les mères [27], [28], [29]

Dans les années 1980, avec Marie Thirion, les bénéfices de l'allaitement furent relancés dans une mesure préventive. Cependant le savoir-faire de l'allaitement s'est effrité durant les années 1950 à 1970. Docteur Thirion arrive donc à une époque où les mères et le personnel soignant oublient les gestes. Son ouvrage a pour but de retrouver les bases et de nouvelles données scientifiques, de les enseigner simplement pour donner le choix à chaque femme d'allaiter ou non. Pour la bonne position, chacune a ses repères propres: «c'est la mécanique interactive». Pour réussir à téter, le bébé doit être bien positionné au niveau de sa bouche et de son tronc. Quant au corps maternel, toutes les positions sont possibles. Seulement il y a une règle d'or pour ces deux corps, c'est la détente musculaire (le confort). Pour le bébé, il faut que l'axe de son corps soit

horizontal. Un trio repère est donné : ventre contre ventre, visage et épaule face au sein et oreille alignée avec l'épaule et la hanche. La position de sa bouche est décisive pour l'intégrité des mamelons. Elle doit être dans l'axe du sein. Pour cela le bébé touche en premier le sein avec son menton. Cette légère déflexion de la tête permettra à l'axe d'être respecté et de dégager le nez. L'aréole est davantage recouverte par la lèvre inférieure que la supérieure. Les lèvres sont retroussées sur le sein. Gisèle GREMMO FREGGER pense qu'allaiter en position assise avec la tête du bébé reposant dans le creux du bras est parfois source d'inconfort maternel. Elle informe qu'il est plus favorable pour le démarrage de positionner transversalement le bébé et de le soutenir avec le bras opposé du sein allaitant. La paume de cette main soutient la tête de l'enfant. Attendre que le bébé ouvre grand la bouche et soit donc prêt à téter est un atout pour une meilleure prise du sein.

Dans le Royal College of Midwives évoque un point sur la latéralité de la maman. Effectivement nous avons une main plus précise et plus habile qui nous permet une meilleure maîtrise des gestes et donc plus de confiance.

Gisèle GREMMO-FEGGER affirme que la prise correcte du sein est un facteur déterminant pour la réussite de l'allaitement maternel. La bonne position du bébé amène à un comportement adéquat pour téter. De plus, une tétée efficace dans une bonne position prévient les crevasses. Celles-ci sont la cause fréquente d'arrêt précoce.

Les nouvelles données sur les positions optimales facilitant l'allaitement [30]

Ces repères anatomiques de référence pour une mise au sein optimale pourraient être contreproductifs. Deux études anglaises récentes ont soulevé la question. La position instinctive prise par les mères le plus souvent était inclinée en arrière, le bébé couché sur le ventre de la mère, bien en contact, stimulerait les réflexes innés (réflexe de foussement, réflexe de succion, réflexe de déglutition et le réflexe de refoulement de la langue) du nouveau-né sur la prise du sein et le transfert de lait. Dans cette position les bébés n'auraient pas besoin d'être soutenus au niveau du dos car ils ont des réflexes archaïques antigravitaires. Cette étude prenant en compte les capacités du nouveau-né, pourrait donner lieu à d'autres recherches. Le but est d'apporter une qualité à la prise en charge des patientes en maternité et optimiser le démarrage de l'allaitement maternel.

1.3.3. Compétences du nouveau-né

Le nouveau-né émet et reçoit des messages pour communiquer avec ses parents. Ses messages sont contenus dans l'efficacité de ses sens, ses rythmes biologiques, ses capacités motrices qui conditionnent son comportement.

Les sens dans l'interaction de ces deux corps [29], [31], [32], [33]

Lors d'une tétée, la mère peut ressentir ce que Wallon appelle le dialogue tonico-émotionnel. En d'autres termes, elle ressent les tensions musculaires que le bébé peut avoir selon ses affects. Le nouveau-né a, dès sa naissance, des capacités pour entrer en interaction avec sa mère et lui faire ressentir ses besoins. En 1973, **Brazelton**⁹ a mis au point une échelle d'évaluation du comportement du nouveau-né. Il a pu en tirer des conclusions sur le double feed-back de la dyade mère-enfant. C'est par ses expériences corporelles intra-utérines, ses réflexes archaïques et compétences que le nouveau-né va pouvoir recevoir, solliciter et explorer son environnement proche. Ajuriaguerra déclare «L'enfant est créateur de mère».

Des images sensorielles débutent pendant la vie fœtale créant ainsi un début de mémorisation donc d'apprentissage. Cette perception intra-utérine organise des automatismes, réflexes et capacités cognitives lui permettant d'établir une relation avec sa mère dès la naissance.

La sensibilité tactile apparaît la première, vers la fin du deuxième mois de gestation. Ensuite apparaît l'olfactif et le gustatif qui sont matures à la naissance et puis en dernier le visuel et l'auditif. Lors de l'allaitement maternel, les stimuli de ces sens sont retrouvés. Le nouveau-né réagit quand on lui touche la peau du visage, la paume des mains et la plante des pieds. Le dos est une partie qui est beaucoup sollicitée pendant la vie intra-utérine par la position fœtale. On garde en mémoire cette expérience corporelle, car pour rassurer ou consoler quelqu'un on lui caresse le dos. Le contact peau à peau précoce permet une meilleure adaptation à la vie extra-utérine. Il favorise, selon les observations de Ferber, une meilleure organisation neurocomportementale caractérisée par plus de sommeil et plus de posture en flexion qu'en extension. C'est par la peau que la mère transmet sa chaleur et évite les troubles métaboliques liés à l'hypothermie du nouveau-né. Elle préserve ainsi les réserves d'énergie. L'étude de Gray montre aussi que le peau à peau a un effet analgésique. Ce contact cutané fait

libérer de l'ocytocine dans le sang devenant un neurotransmetteur impliqué dans le processus d'attachement. Enfin, la colonisation bactérienne de la peau de l'enfant se fait préférentiellement avec celle des parents.

Il y a une identification précoce des sons qui l'ont bercé pendant la grossesse, surtout les voix parentales. Ces mélodies habituelles peuvent apaiser le nouveau-né.

Le bébé est attiré à la naissance par les contours complexes des visages. Il distingue l'obscurité et la clarté. Il peut suivre le regard humain et les objets de couleurs vives quand le déplacement est lent et proche. Le duo mamelon-aréole est un repère visuel pour les nouveau-nés, le contraste de couleur et sa forme ronde les attirent. C'est un repère pour eux. Un messager odorant est libéré par cette zone (structure anatomique vue plus haut). Il est spécifique, de structure complexe, unique à chaque femme et permet la stimulation du bébé. Cette odeur mammaire calme l'agitation des bébés et leur permet d'être plus vigilants. Leur aptitude au sein n'en est que meilleure. Les nouveau-nés reconnaissent l'odeur du sein allaitant et non l'odeur du corps en général car c'est un mélange complexe de substances volatiles olfactives du lait et des sécrétions des tubercules de Montgomery.

Dans la demi-heure après sa naissance le nouveau-né va commencer à téter sa main et à faire des grimaces avec sa bouche. L'intérêt de cette succion est d'utiliser le goût du liquide amniotique comme stimulant car il ressemble à celui du colostrum. Ses réflexes archaïques (réflexe de fouissement, de marche, de succion, des points cardinaux) et ses compétences motrices (hypotonie de l'axe et hypertonie des membres) lui permettent l'accès au sein et de téter. Les **signes d'éveil du nouveau-né^r** sont caractéristiques car issus de ces réflexes.

Il y a une distinction réflexe six heures après la naissance des saveurs sucrées, amères, salées et acides. Par la suite les préférences seront influencées par les mimiques de l'entourage, entre autres.

La mise en pratique de ces connaissances donne naissance par exemple au **programme P.M.S.E^s** (portages, manipulations, sollicitations d'éveil et de confort, environnement) qui élabore un contact corporel adulte-enfant.

Les compétences du nouveau-né favorisent la proto-communication avec sa mère. Guider les mères dans cette reconnaissance installe une nouvelle relation : celle de la femme, de la mère et de la sage-femme.

2. INTEGRATION DU SAVOIR AUTOUR DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

2.1. Les différents niveaux de communication sage-femme/patiente

La communication est une mise en relation entre deux personnes ayant pour but de transmettre et partager des informations. Elle est au cœur de la relation sage-femme/patiente. Différents niveaux de distorsion sont possibles dans ce mécanisme.

2.1.1. Généralités [34], [35], [36]

La communication a été étudiée et conceptualisée par Shannon, un mathématicien. Depuis d'autres sciences s'y sont intéressées et ont apporté leurs connaissances.

Elle est réussie lorsque le message émis correspond au message reçu. Pour émettre un message nous utilisons le langage verbal qui traduit le contenu du message. Composé de mots et de phrases, il suit des règles grammaticales. Mais il n'est pas seul, le langage non verbal composé de gestes, de la posture et du faciès : c'est le langage du corps. Il a un rôle très important dans le sens du message. C'est cette composante qui est influencée par l'éducation et la culture dans laquelle nous vivons. L'interprétation de ce langage est aussi dépendante des facteurs culturels.

Dans un contexte de soin, la communication est spécifique. Il y a un réel objectif de qualité dans cette communication et elle fait intervenir une composante corporelle en plus : le toucher dans le soin.

L'empathie^t et la **congruence^u** sont deux attitudes de communication importantes dans ce type de relation. Carl Rogers définit bien ces deux termes. Dans la relation soignant-soigné cette fonction permet une disponibilité d'écoute du soignant et une facilité d'expression du soigné. Le dialogue entre soignant et soigné est un élément tout aussi important que l'approche ou les références théoriques. En effet, Carl Rogers nous fait prendre conscience que l'attitude verbale ou non verbale du soignant peut dégrader l'atmosphère relationnelle et ainsi compromettre la prise en charge. C'est en créant une

relation interpersonnelle centrée sur la personne que les patients seront les plus à même de décrire ouvertement ce qu'ils vivent. Pour ce faire, le soignant doit pouvoir offrir trois conditions : être empathique de façon appropriée, chaleureux sans être possessif, et authentique. L'empathie n'est pas une identification du fait d'une histoire personnelle récente ou d'expérience passée similaire. La juste empathie, selon Rogers, nécessite une écoute réflexive bien contrôlée. Cette écoute doit permettre de donner un nouvel éclairage et d'amplifier ce que la personne définit de sa vie et du sens qu'elle lui donne, sans imposer ce qui vient de l'intervenant. Des nouvelles recherches en 2008 sur l'empathie en neurosciences sont apparues. Les neurones miroirs sont activés lorsqu'on observe quelqu'un sentir quelque chose (goûter, toucher, écouter, sentir et voir). Ils font partie du réseau neuronal qui traite les mêmes états que subit la personne observée. En d'autres termes on éprouve les mêmes émotions. Ces neurones miroirs faciliteraient l'empathie.

Les distorsions de la communication [34]

Pour que la communication soit réussie il faut que le message reçu corresponde au message émis. Il y a une distorsion de la communication lorsque ces deux messages ne sont pas identiques.

Dans le déroulement d'une communication, elle peut apparaître à tout moment. Chez l'émetteur, il peut y avoir une différence entre ce qu'il pense et ce qu'il dit. Des interférences sont possibles dans le milieu entourant les deux personnes. Enfin, la personne qui reçoit peut interpréter le message à sa façon. Il y a nécessité d'un feed-back.

Il faut prendre en compte aussi les différents niveaux de communication mis en avant par Bateson et Watzlawick. Dans un message, l'information peut avoir une double face avec un contenu explicite et un implicite. Ceci est favorisé par le non verbal qui peut donc amener à un échec de la communication.

2.1.2. La communication non verbale dans une relation de soin [35]

Le non verbal se compose des éléments suivants : la distance physique, le contact visuel, la mimique faciale, la voix, la posture, les odeurs et l'apparence.

Le visage et le regard sont les parties du corps que nous observons le plus quand nous parlons avec quelqu'un. Deux zones en particulier sont révélatrices, les yeux pour le regard et la bouche pour le sourire et la parole. La manière d'utiliser son regard varie du tout à son contraire selon les cultures. Par exemple en Europe, regarder dans les yeux directement est un signe de confiance en soi, à l'inverse c'est un signe de timidité. D'autres pays vont interpréter différemment ce même regard (signe d'agressivité, de manque de politesse). Cependant, six émotions transcrites par le visage sont reconnaissables dans le monde entier : la joie, la surprise, la peur, la colère, le dégoût et la tristesse.

Les gestes sont codifiés. Ils permettent d'appuyer les points forts d'une discussion et peuvent laisser transparaître dans quel état se trouve l'interlocuteur. Ces codes peuvent varier d'une culture à l'autre.

L'impact de la communication non verbale est connu souvent implicitement. Cependant sa connaissance et sa maîtrise permettent l'établissement d'une communication de qualité, donc d'une meilleure prise en charge du patient par un climat de confiance instauré.

La communication non verbale est vectrice d'information pour le soignant [35], [36]

Le Dialogue tonico-émotionnel présenté par Ajuriaguerra s'inspire de Wallon qui étudia la fonction tonique chez l'enfant. La contracture musculaire est une réponse aux besoins vitaux que ressent le nouveau-né. Cette contracture peut être ressentie aussi dans des relations d'adulte à adulte dans un échange corporel direct. La connaissance de ce dialogue concerne les soignants qui interviennent directement sur le corps. Il peut permettre la compréhension de certaines réactions de défense par exemple.

Lorsqu'une patiente ne parle pas la langue c'est essentiellement la communication non verbale qui porte l'information. Or, nous savons que cette communication est sous l'influence de notre culture. Pour guider le professionnel dans ces situations un outil existe : le concept d'approche interculturelle.

2.1.3. Le concept d'approche interculturelle [37]

En France, il y a une réalité multiculturelle incontournable. En situation de soins, les professionnels y sont confrontés tous les jours. L'accompagnement d'une mère allaitante suscite une communication de qualité. Les différents repères culturels et les barrières linguistiques peuvent créer des distorsions. Ces risques d'incompréhension et de mauvaises interprétations peuvent avoir des conséquences à plusieurs niveaux et pour les différents protagonistes. Pour éviter ces échecs et créer des réactions défensives, l'approche interculturelle est une formation, pour que le professionnel sache appréhender cette relation particulière sans crainte ni subjectivité.

C'est un outil à base de théories sur la communication et les connaissances des cultures, permettant aux soignants d'optimiser et d'adapter leur prise en charge. Avoir des connaissances en communication est important dans le cadre de la profession de sage-femme mais il faut les adapter aux situations qui ne sont jamais conformes à la théorie.

2.2. Cas particuliers

La communication est donc un processus qui peut être mis en difficulté. Certaines femmes peuvent présenter des handicaps modifiant leur mode de communication avec les autres. D'autres peuvent ne pas parler la même langue et avoir d'autres valeurs culturelles. Ces situations demandent à la sage-femme des connaissances en mode de communication particulière, en plus des connaissances sur l'allaitement maternel.

Dans la dernière enquête de périnatalité en 2003 le taux de femmes étrangères dans la population étudiée était de 11,8% avec principalement des femmes d'Afrique de nord. Les chiffres de l'enquête périnatale 2010 n'ont pu être intégrés dans ce travail car ils sont en cours d'étude.

2.2.1. Différence culturelle et linguistique [42]

Au-delà de la barrière du langage, il y a les questions autour de la culture. Les soins de puériculture dont fait partie l'allaitement maternel sont différents dans le monde. L'étude de Rabain et Worham (1990) ont constaté que les mères migrantes sont soumises à des exigences contradictoires, et qui peuvent être le fruit d'inquiétudes et d'incertitudes sur leurs compétences. On pourrait penser spontanément que l'allaitement maternel est traditionnel : l'allaitement est perçu dans ce cadre comme un savoir-faire coutumier, transmis de génération en génération.

La situation pour ces mères est complexe, entre les valeurs de la société d'accueil et leurs valeurs traditionnelles. Cependant les soins traditionnels sont moins ritualisés car ils sont faits par la mère seule qui n'a pas d'encadrement par le groupe pour la mise en œuvre. Les parents, dans les techniques de soins à leur disposition, cherchent avant tout l'efficacité. Au sujet de l'allaitement maternel, les femmes ont peur de ne pas savoir sans l'aide du groupe. Leur mode d'allaitement est différent et les repères manquent du fait de l'absence du groupe qui transmet le savoir-faire, c'est pourquoi le biberon est donné en complément. Les connaissances sur le biberon sont enseignées en maternité et en PMI (Protection Maternelle et infantile). Seulement, si la jeune femme est hors de la famille, c'est souvent l'incertitude et le manque. Il est difficile de faire une synthèse entre les modes de pensées et les différents soins de puériculture. La période de périnatalité dans ce cadre là est donc une situation vulnérable pour la femme et l'enfant. Marie Rose Moro, dans son enquête, a pu prouver l'efficacité des thérapies travaillant sur le comportement, l'affectif, le fantasmatique des interactions mère-bébé dans le cadre culturel.

La culture n'est pas figée, il n'y a pas de vérité «ethnique» contenue dans la langue maternelle. La personne immigrée n'est pas seulement habitée par sa culture. Le métissage est la base même de l'identité de la personne migrante. Ce métissage touche également la société qui accueille.

3. ACTIONS EN MATERNITE

Un cadre réglementaire vise à améliorer la qualité de la prise en charge et à faciliter l'accès aux soins pour tous. Ici, ce place un enjeu majeur qui est l'allaitement maternel.

3.1. Population de patientes diversifiées

3.1.1. Législation pour la singularité des personnes [43], [44]

Les sages-femmes sont soumises à certaines règles dans l'exercice de leur profession. Historiquement, les missions du service public, après la dernière guerre mondiale, se sont construites à partir de valeurs comme la santé pour tous, le respect du principe de laïcité et l'égalité des personnes soignées.

Il est important dans le soin d'apporter une information claire et précise pour tous les patients.

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits du patient, incombe aux professionnels de recueillir son consentement libre et éclairé pour tout acte de soin. Le professionnel doit amener la preuve qu'il a donné l'information. Même si la situation de communication est difficile l'information doit être apportée.

Le code de déontologie de la profession sage-femme souligne que le soin doit être le même pour tous dans l'article **R.4127-305 du code de la santé publique** ^w.

La loi du 11 février 2005 légifère sur la question de l'accès aux soins pour les personnes porteuses d'un handicap. C'est une loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. La Haute Autorité de Santé appuie ce texte en préconisant de développer des outils d'aide à la communication pour favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

3.1.2. Approche sociologique en France [45], [46]

Aujourd'hui en France, l'allaitement s'inscrit comme un acte individuel. Ce choix s'inscrit dans une démarche culturelle et sociale forte. 80 % des femmes cadres supérieurs allaitent contre 46% des ouvrières qualifiées.

Les femmes les plus diplômées sont plus sensibles aux arguments de promotions de l'allaitement maternel. Elles y sont sensibles car ils sont basés sur des connaissances

scientifiques. Elles s'adressent plus facilement aux professionnels de santé et se rapportent aux supports écrits contrairement aux femmes moins diplômées.

Beaucoup d'informations passent par ces supports écrits mais ils sont limités dans leur accessibilité.

Etats des lieux en France et en Lorraine des difficultés de compréhension écrite [47], [48]

Avoir une langue maternelle différente, parlée et écrite, est un des freins à la compréhension de ces documents.

Au dernier recensement 2007 la population française métropolitaine comptait 61 795 007 personnes dont 3 571 259 sont étrangères. En Moselle ce sont les personnes d'origine portugaise qui sont les plus représentée, suivie de l'Algérie. La population Turque est aussi l'une des plus présentes. Le français n'est pas la langue maternelle de tous sur le territoire. La compréhension orale est souvent plus facilement acquise que l'écrite. Cependant, le taux d'**illettrisme**^x en France est aussi intéressant, il est de 9%.

L'ANLCI (Agence nationale de lutte contre l'illettrisme) a fait une enquête nationale pour connaître le taux d'illettrisme en France : 3 100 000 personnes en France métropolitaine sont dans cette situation, soit 9% de la population française âgée de 18 à 65 ans. Cette étude a mesuré en général la compréhension écrite, la lecture et l'écriture des mots isolés, la compréhension orale et les calculs de la vie quotidienne. En 2008, ce taux est de 4% en lorraine, il est équivalent en Moselle. Les femmes en âge de procréer peuvent être dans ce cas : 47% de cette population illettrée est âgée de 18 à 45 ans. Parmi cette population 41% sont des femmes. Cette situation est différente de l'analphabétisme qui concerne les personnes jamais scolarisées.

Il existe des supports écrits sur l'allaitement maternel avec des schémas illustrant les propos. Des différences s'inscrivent entre les pays et les régions.

3.2. Supports de transmission [49], [50], [51], [52]

3.2.1. Tour d'horizon européen et français voir annexe II

L'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) et le ministère de la santé et des sports ont permis la publication du «guide de l'allaitement maternel» en 2010. Il est organisé de façon chronologique. Au départ, il évoque le projet d'allaitement, puis parle des débuts en maternité. Il précise les bonnes positions pour allaiter, la mise en place de la lactation. Il termine par l'allaitement au quotidien et le retour à la maison. Structuré à partir de questions simples que pourraient se poser les mères, une réponse est apportée à chaque problème posé. Beaucoup d'illustrations photographiques noires et blanches enrichissent l'écrit. Particulièrement, figurent des zooms sur les signes de bonnes suctions du nouveau-né et sur les signes d'éveil de l'enfant. Des fiches de synthèses, courtes également, donnent un accès plus rapide à l'information. En Lorraine, le réseau périnatal lorrain a élaboré son livret d'informations, destiné aux patientes désirant allaiter suivant la même structure que le précédent. De plus, il fournit des adresses locales utiles. Il procède aussi sous forme de questions/réponses.

A Lyon, l'IPA (Information Pour l'Allaitement) a réalisé une plaquette très illustrée spécifique au temps de la maternité. Il montre l'évolution de la taille de l'estomac du nouveau-né le comparant à des équivalences imagées. Les selles de l'enfant et leur changement de couleur y figurent. C'est un résumé en images des signes que l'enfant prend bien le sein et amorce sa croissance.

En Belgique a été mise en place une brochure illustrée uniquement de dessins sur les bénéfices et le déroulement de l'allaitement au sein. Il raconte «l'histoire de l'allaitement maternel» en quelque sorte. Elle peut être comprise simplement en la regardant. Elle favorise l'accompagnement de la sage-femme. Des phrases illustrent les schémas pour que la personne accompagnante puisse appuyer la pertinence des dessins.

En France, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris a construit un outil novateur pour améliorer la prise en charge des patients ayant des difficultés de compréhension et d'expression. Cet outil se présente sous la forme d'un classeur plastique (désinfection possible) avec des pictogrammes simples permettant aux personnes de s'exprimer et de répondre aux questions. Sur une autre page se situent des images d'horloge, de calendrier, un signe plus et un moins, des dosages et des lettres pour que les personnes puissent répondre aux questions. Cette aide utilise les deux versants de la

communication : une aide à l'expression et une aide à la réception de l'information. Ce kit a été évalué. Il favoriserait une attitude plus attentive du soignant envers la personne et une particulière attention à la qualité de sa communication. Il induit une lenteur dans les explications bénéfiques en communication pour favoriser une intégration fiable des informations. Induisant un dialogue direct avec la personne, le personnel soignant est dans une relation de soin plus intime. En secteur maternité, un outil de communication sur l'allaitement maternel serait intéressant.

3.3. Enjeux et difficultés

3.3.1. Accompagner l'allaitement maternel à ses débuts [53]

Le but de l'accompagnement de l'allaitement maternel est avant tout un soutien à la parentalité. Selon Donald Winnicott : «Ce dont nous avons vraiment besoin, c'est de parents ayant réussi à croire en eux-mêmes.». Cet accompagnement nécessite des connaissances précises sur les compétences du nouveau-né, la physiologie de la lactation et de savoir communiquer autour de la naissance.

Plus largement, tout mode d'alimentation choisi par la mère implique le professionnel de santé à encourager le lien mère-enfant et développer leurs compétences.

Néanmoins chaque mère a fait son choix d'allaiter dans un contexte différent d'une autre. Accompagner l'allaitement maternel ne se limite pas à la transmission d'informations scientifiquement prouvées. Le professionnel de santé est face à un contexte social, culturel et économique différent selon les femmes. L'intégration de l'information ne sera pas de la même qualité pour toutes les femmes si on utilise le même mode opératoire.

Vers de nouvelles théories [54], [55], [56]

En 2006, des chercheurs suédois ont étudié les expériences des mères qui ont reçu de l'aide pour l'allaitement maternel de leurs enfants prématurés.

Ils ont mis en avant que de nombreuses femmes n'aimaient pas que les professionnels leur touchent les seins pour le mettre dans la bouche de leurs enfants. Hoddinott et Pill en 2000 ont montré que les femmes sont gênées par l'aide tactile reçue. Les femmes dans cette étude préféreraient que le professionnel les guide, leur explique comment mettre le bébé au sein plutôt que de le faire.

Enfin, Gill et al en 2001 montraient que les mères restaient souvent silencieuses quant à leurs besoins et leurs attentes.

Les théories et les connaissances sur le processus physiologique de l'allaitement maternel sont primordiaux pour la pratique des sages-femmes. Seulement la mise en pratique demande d'autres compétences et qualités aux soignants. Le savoir en communication et les connaissances sur le mécanisme psychique qui se met en place dans la parentalité sont d'importance similaire. Lorsque l'une ou l'autre de ces compétences manquent, il y a un risque pour la patiente et son bébé ainsi que pour le soignant.

3.3.2. Conséquences de l'échec pour la sage-femme [57]

L'accompagnement de l'allaitement maternel est une approche très intime corporellement et psychiquement pour la sage-femme. Etre à l'écoute d'une mère et créer une prise en charge personnalisée demande un certain investissement à la sage-femme.

Le seul fait d'avoir décidé d'allaiter n'implique pas que cela fonctionne. Ce n'est pas une conduite innée, il nécessite une transmission de savoir-faire. Universellement, une tierce personne compétente guide la mère dans l'allaitement maternel. En maternité, cette fonction est assurée par les sages-femmes.

La sage-femme en maternité prend en charge une mère et son bébé : deux individus en découverte. Savoir trouver sa juste place dans cette relation atypique demande un réel savoir-faire. Leur interaction renvoie à chacun une représentation de figure maternelle. Il y a un processus possible d'identification avec des repères plus ou moins subjectifs du côté du professionnel sur ce qu'est une mère. Le risque principal est que l'avis personnel prenne le dessus sur l'avis professionnel et que les repères ne se superposent pas. Dans le renoncement de l'allaitement, la sage-femme peut ressentir de la culpabilité de ne pas avoir réussi sa mission. Une fatigue dans le quotidien peut s'installer avec un découragement car le professionnel à l'impression d'avoir déployé beaucoup d'énergie à perte.

Le démarrage de la lactation en maternité est un moment primordial. Cette mission doit s'effectuer en peu de temps, c'est un challenge pour les sages-femmes. On considère que la mise en place de la lactation se fait en sept jours et les femmes restent moins longtemps. L'objectif principal étant de donner des repères essentiels aux mères pour qu'ils soient confiants et autonomes.

3.3.3. Conséquences de l'échec pour la mère [53]

La naissance provoque un bouleversement émotionnel en plus de la fatigue de l'accouchement. Cet état est fortement lié aux modifications hormonales du post-partum.

Chaque couple et plus particulièrement les femmes arrivent avec leurs représentations sur l'allaitement maternel : modèle familial et amical. Si les femmes sont l'objet de beaucoup d'attention pendant la grossesse, elles peuvent se sentir abandonnées après la naissance. Les attentions de l'entourage sont plus portées sur le nouveau-né. Le cadre de la maternité est un environnement nouveau et déstabilisant pour les jeunes mères. Il y a des règles de rythme de vie hospitalière (repas, soins) qui ne conviennent pas à l'allaitement à la demande.

Une femme qui a décidé d'allaiter, s'est projetée virtuellement dans cette fonction. Comme l'enfant idéal fantasmé, il y a la mère idéale. Lorsque l'acte réel

arrive, il peut venir percuter cette image idéale face aux difficultés, à la douleur possible, aux modifications corporelles encore différentes de celles de la grossesse.

Les problèmes qui peuvent surgir sont donc de différents ordres. Elles peuvent se décourager, ne plus avoir confiance en elles, se sentir isolées et seules et oppressées par l'extérieur. La fatigue, le retard de montée de lait, la douleur des crevasses viennent provoquer ou accentuer ces émotions.

Pour une femme qui ne désire pas allaiter, les risques psychologiques peuvent être plus ou moins intenses. Un mal être peut surgir face à l'intensité du ressenti physique. Un arrêt de l'allaitement maternel à ses débuts peut culpabiliser la mère. Les arguments en faveur de l'allaitement maternel peuvent se retourner contre elle et la faire douter de son nouveau statut.

Les résultats de l'enquête vont venir vérifier ou non ces questionnements appliqués à l'allaitement maternel.

Partie 2 L'enquête : présentation et résultats

1. CONCEPTION

1.1 Cadre conceptuel de l'étude

1.1.1 Problématique

Allaitement maternel en maternité chez les primo-allaitantes : élargissement du panel sensoriel pour une meilleure intégration de l'information et une facilitation du lien mère-enfant.

1.1.2 Hypothèses

L'enquête réalisée vise à confirmer ou infirmer ces hypothèses :

- ✓ La reconnaissance gnosique du sein par les femmes facilite la création de repères sensoriels pour les mises au sein.
- ✓ Lors de la mise au sein, les repères transmis par la sage-femme sont concordants avec ceux de la patiente.
- ✓ Les voies de communication non verbale mère-bébé sont explorées dans l'information pour la mise au sein.
- ✓ Le support écrit transmis est compréhensible par toutes les mères allaitantes et permet une autonomie dans la mise au sein.

1.1.3 Objectifs

La base de mon travail de recherche a pour objectifs :

- ✓ Améliorer la transmission de l'information.
- ✓ Obtenir une mise au sein plus efficiente.
- ✓ Explorer les voies de communication mère-bébé.
- ✓ Intégrer les repères tactiles, visuels et auditifs.

1.2 Méthodologie de l'enquête

1.2.1 Choix de l'outil Voir annexe III

Pour évoquer l'allaitement maternel et le corps avec les femmes, il m'a semblé pertinent d'aller à leur rencontre. L'entretien semi directif était un outil approprié pour échanger sur des questions intimes où elles pouvaient s'exprimer librement de façon spontanée. Aller à leur rencontre m'a permis aussi de les observer mettre au sein et de pouvoir être présente pour elles. Ces entretiens se déroulaient en fin de journée, après les visites et les soins, à un moment où elles étaient disponibles et où elles se sentaient parfois seules. Au-delà des sentiments et émotions que les femmes ont pu exprimer, il fallait que j'obtienne des informations précises. J'ai donc élaboré un guide d'entretien constitué de quelques questions ouvertes, de questions à choix multiples et de questions utilisant une échelle d'évaluation analogique. Elles sont organisées en quatre axes progressifs. Tout d'abord, je m'intéresse à la condition sociodémographique de la patiente, pour faire connaissance. Ensuite, j'évoque la perception et l'appropriation que la femme peut avoir de son corps, en particulier de ses seins. En deuxième partie, nous avons échangé sur la préparation à la naissance et le recul qu'elles en ont par rapport à l'allaitement. Après, la première mise au sein est un moment primordial dans le démarrage de l'allaitement et nous allons nous arrêter dessus. Et enfin le séjour en maternité et la découverte seront exploités.

1.2.2 Réalisation de l'enquête

L'enquête s'est déroulée auprès des patientes primipares de l'hôpital maternité de Metz et de la maternité de l'hôpital Bel-air de Thionville. Elles ont été informées de l'anonymat des réponses. Leurs réponses ont été retranscrites sur le guide d'entretien. Chaque entretien était individuel et durait entre 30 et 45 minutes. L'enquête s'est déroulée du 25 octobre 2010 au 17 décembre 2010. J'ai rencontré trente femmes au troisième jour du post-partum avant leur sortie. Seuls 25 entretiens seront analysés car 5 présentent des biais, je suis intervenue lors des mises au sein.

Les critères fixés à l'avance sont : les femmes primipares à trois jours du post-partum ayant accouché normalement à terme ($>$ à 37 semaines d'aménorrhées) d'un nouveau-né sain, d'un poids eutocique ($>$ à 2800 gr) et sans pathologies d'adaptations néonatales et malformatives. Les suites de couches devaient être jusque là physiologiques.

Le guide d'entretien a été testé auprès de trois patientes issues de cette population pour évaluer la pertinence des questions et leur compréhension.

1.2.3 Points faibles et points forts de l'étude

Cinq entretiens ne sont pas rentrés dans ces résultats, car au cours de l'entretien j'ai dû apporter de l'aide aux femmes pour la mise au sein et j'ai délivré de l'information. Les résultats de cette étude ne permettront pas un élargissement à la population initiale. L'Hôpital-Maternité de Metz et l'Hôpital Bel-Air n'ont pu me fournir les chiffres correspondants.

Filmer ou enregistrer les femmes aurait été intéressant car les émotions et le non verbal n'ont pu être analysés comme les mères imitant leur nouveau-né. Les tensions corporelles que j'ai pu ressentir sur certains sujets, sont difficiles à retranscrire.

Le quatrième jour aurait été plus opportun pour interroger les mères car elles ont plus d'expérience pour trouver les signes d'une bonne tétée. Mais beaucoup de femmes bénéficient de la «sortie précoce». Dans un souci d'homogénéité et afin qu'elles soient toutes au même stade, je les ai rencontrées au troisième jour.

Les questions ouvertes sur les repères de bon positionnement étaient souvent comprises. A l'inverse le questionnement sur les signes d'une bonne succion était peu assimilé. C'est pourquoi les résultats pour cette question ne sont pas pertinents.

Utiliser une échelle analogique pour coter un ressenti comme la gêne et la douleur permet d'objectiver et de pouvoir en tirer des résultats plus précis. Les femmes ont vite trouvé le fonctionnement de cette échelle. Elle n'a pas été un frein à la réalisation de l'enquête. J'ai réalisé cette échelle, elle se trouve annexe IV.

Le fait d'être en face de la personne me permettait de réguler et repréciser les questions qui n'étaient pas comprises. L'entretien permet des réponses spontanées. Elles étaient alors souvent étoffées. Pour les patientes, cet entretien fut l'occasion de se poser des questions qu'elles n'avaient pas réalisées seules. En d'autres termes, elles ont pu

verbaliser certaines sensations et apprécier les compétences qu'elles avaient développées avec leur bébé.

Quant aux patientes ne parlant pas le français, la famille (sœur, mère ou mari) traduisait les questions et les réponses, alors nous pouvons noter un biais de compréhension des questions et sur la qualité de la retranscription. Les réponses sont à modérer.

Pour faciliter la lecture, les questions issues du guide d'entretien figurent dans la présentation des résultats. La sémantique utilisée lors des rencontres est importante dans la qualité des réponses.

2 LES RESULTATS

2.1 Les caractéristiques de la population étudiée

✓ *L'âge*

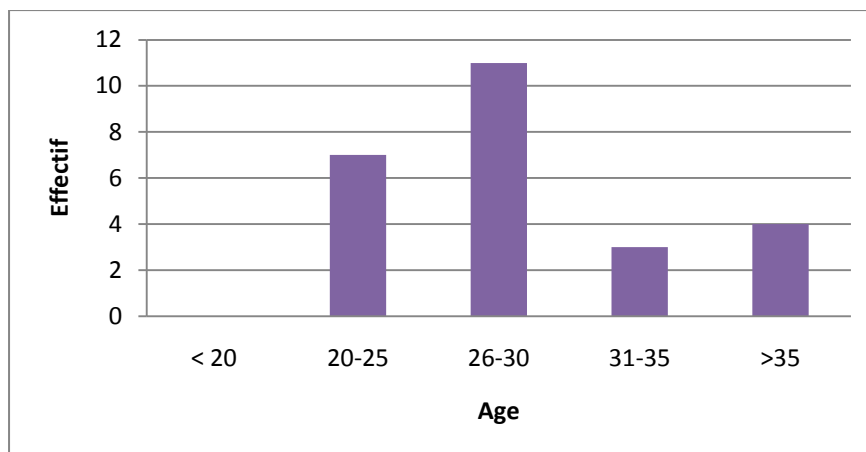


Figure 1 : effectif selon l'âge

✓ *La nationalité et la langue parlée*

Vingt femmes sur 25 sont de nationalité française et parlent le français. Trois sont turques ne parlant que le turc, une marocaine parlant français et une comorienne parlant un peu français.

✓ *La situation professionnelle*

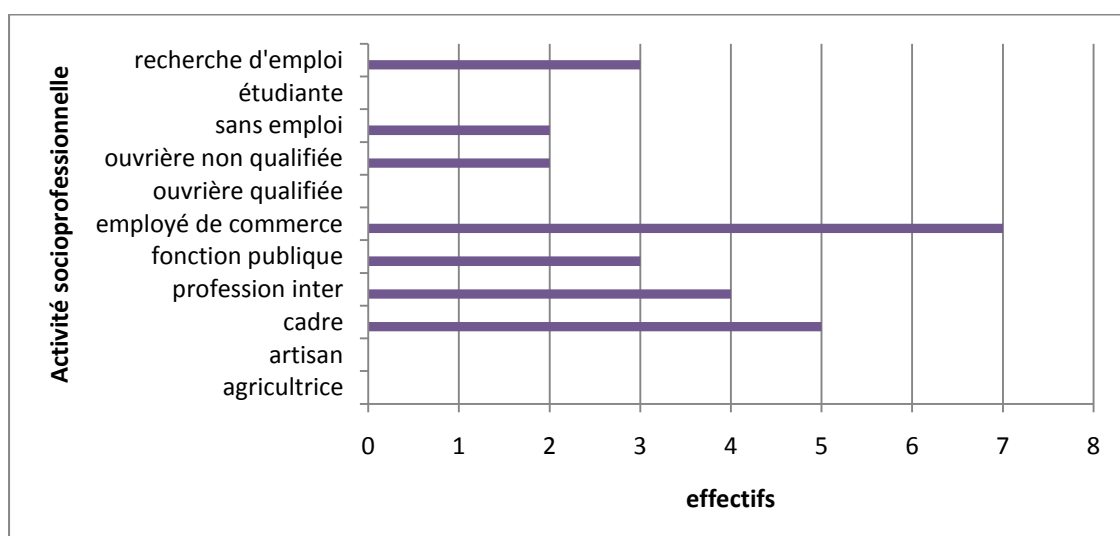


Figure 2 : Situation professionnelle

2.2 La grossesse

La connaissance du corps

Pour vous qu'est ce que l'aréole du sein?

Pour vous qu'est ce que le mamelon du sein?

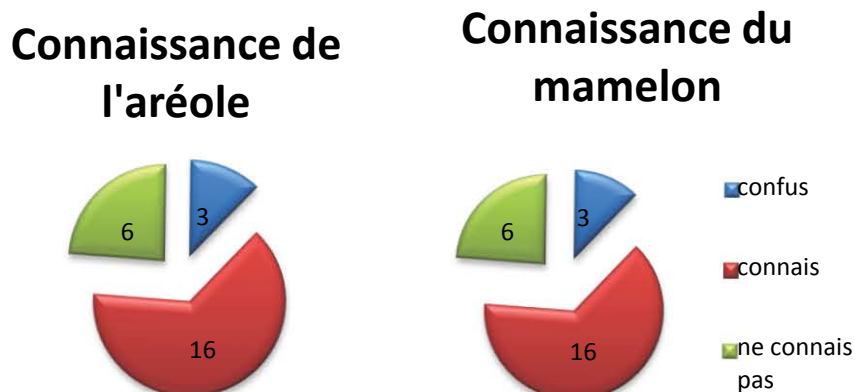


Figure 3 et 4 : Connaissances du corps

Une femme m'a expliqué que pour elle l'aréole était une fleur dont le mamelon en est le bouton !

✓ Le sein dans ses fonctions

Est-ce que pour vous il y a une différence entre le sein de la femme et le sein de la mère?

Les 4/5 spontanément se sont plus particulièrement entretenues avec moi sur ce sujet. Dix-huit femmes sur 25 pensent qu'il y a une différence entre le sein de la mère et le sein de la femme. Trois femmes sont nuancées et énoncent un continuum : «C'est une connexion, avant je croyais que non, mais maintenant je suis sûre que c'est une suite.» Une autre parle «du sein temporaire», elle m'a expliqué que son sein de mère aujourd'hui était le fruit de son sein de femme «avant». Quatre femmes sur 25 ne trouvent pas de différence.

Les arguments donnés en faveur d'une différence peuvent être classés. Les métamorphoses physiques sont mises en avant le plus fréquemment. Trois femmes sur les huit ayant mis en avant les modifications physiques ont été déstabilisées par celles-ci. Je cite une femme qui s'est exclamée : «Oh! Oui, ils ont changé. Ils sont devenus énormes, lourds et durs.»

Soit elles évoquent les seins par rapport à elle-même, soit elles font le rapprochement des fonctions par rapport au père et/ou à l'enfant. Cinq femmes parlent de leurs seins appartenant successivement au père et au bébé. Une femme a souri à cette question et à répondu : «Ce n'est pas le même enjeu». Il y a le sein pour charmer, symbolisé par le décolleté et le sein nourricier. Pour une femme; il reste un objet de désir quoiqu'il en soit : passant du désir du père à celui de l'enfant.

Une autre femme parle que le changement de «poitrine attrayante» à «garde manger» l'a déstabilisée. Elle a indiqué un stade à passer quand on se rend compte du côté animal.

Huit femmes parlent du changement de fonction, non pas de représentation mais de fonctionnement biologique. Le sein de la mère donne du lait et le sein de la femme remplit un rôle dans le plaisir sexuel. «Le sein de la mère par l'acte de nourrir reconforte et le sein de la femme par le décolleté charme». Trois femmes décrivent la différence par un sein non productif, celui de la femme et le sein maternel producteur de lait. Enfin, trois femmes trouvent que leur pudeur a été modifiée, elles acceptent de montrer le sein de mère mais pas le sein de femme car il remplit une fonction sexuelle que n'a pas le sein de mère : «les premiers jours de l'allaitement on se sent moins femme».

Sur les cinq femmes qui ne trouvent pas de différence, quatre sont originaires d'Afrique du Nord et d'Afrique Noire.

Pour terminer, une patiente s'est découvert une image du sein qu'elle ne s'était pas appropriée avant.

✓ **L'autopalpation des seins**

Lors de vos consultations de suivi de grossesse, vous a-t-on appris comment palper vos seins ?

Pratiquez-vous l'autopalpation des seins ?

Pour le suivi de leur grossesse, 6 femmes ont une sage-femme et n'ont vu que ce professionnel, 18 ont un gynécologue et 3 un médecin généraliste. Ces dernières ont toutes vu un gynécologue pendant la grossesse, en suivi conjoint. Au niveau de l'information et de l'apprentissage, l'enquête montre les résultats suivants :

Quatre femmes sur 25 ont eu un apprentissage sur l'autopalpation des seins. La moitié de ces femmes l'ont reçu avec une sage-femme lors des séances de préparation à la naissance. Les 21 femmes restantes n'ont pas eu d'information, ni de pratique à ce sujet.

Il y a des femmes qui se palpent les seins. Sur les 10 pratiquantes, 8 se sentent à l'aise. Les raisons invoquées par les femmes qui ne se touchent pas les seins sont de trois ordres :

- ✓ Dix répondent qu'on ne leur a jamais appris.
- ✓ Une ne voit pas l'intérêt.
- ✓ Et quatre ont peur de le faire.

Sur les 5 femmes de nationalité étrangère, 2 se palpent les seins et se sentent à l'aise.

✓ **La préparation à la naissance**

*Quelles informations vous ont paru importantes à ce sujet ?
Avez-vous rencontré une femme allaitant lors de ces séances ?*

Huit femmes de la population n'ont pas participé aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité dont 4 femmes de nationalité étrangères qui ne parlent pas le français. La seule patiente parlant le français mais d'origine étrangère y a participé. Les 17 ayant participé à ces séances ont toutes suivi celle sur le thème de l'allaitement. Aucune n'a rencontré de femme allaitante pendant ces séances. Les informations qu'elles ont retenues sont de plusieurs ordres. Deux personnes ont intégré les bénéfices pour la santé de l'enfant. Neuf femmes ont retenu les difficultés de démarrage, «il faut s'accrocher» s'exclame une femme qui a douté pendant la deuxième nuit. Trois femmes ont parlé de stress car elles ont pris peur avec l'évocation de la pathologie. Pour une femme, cette séance a exclu le papa de la relation avec l'enfant. Elles ont des inquiétudes avec la peur d'être jugées si elles échouent. Trois femmes ont juste intégré les repères pour les positions.

*Avez-vous pratiqué des exercices corporels lors de ces séances ?
Vous a-t-on proposé des exercices pratiques par rapport à l'allaitement maternel ?*

Lors de ces séances, 8 femmes ont fait des exercices corporels antalgiques et de positions d'accouchement. Quatre femmes ont pratiqué les 3 types d'exercices.

Enfin, six femmes ont vu des exercices sur les positions d'allaitement maternel soit en voyant la sage-femme soit en vidéo. Mais une a fait des exercices pratiques avec un poupon et une sur le massage et la préparation du sein.

Le premier contact avec l'allaitement maternel et un nouveau-né :

Avez-vous déjà vu un bébé au sein ?

Qu'en avez-vous ressenti ?

Vingt deux femmes ont déjà vu un bébé au sein dont quatre en film ou en photo. Cinq n'ont pas exprimé ce qu'elles ont ressenti et une m'a confié que «ça ne lui a pas fait grand-chose». Quinze femmes ont un ressenti globalement positif. Un quart de la population a vu un bébé au sein dans le cadre familial. La grande majorité des femmes ont employé les mots «c'est beau» et «c'est un moment magique». Ici le registre de l'émotion a été souligné par des «c'est émouvant aussi». D'autres ont exprimé le côté «naturel», quatre femmes ont employé le terme de «cycle de la vie». Certaines femmes enviaient la relation de la mère et du bébé lors de l'allaitement, «Je ne voulais pas allaiter. A mon sixième mois de grossesse, j'ai vu une maman allaiter dans la rue et je ne sais pas si c'est les hormones de la grossesse mais j'ai eu envie de vivre ce moment là avec mon bébé». Une maman a employé le terme de «complicité» entre la mère et son enfant. Quelques femmes sont nuancées «la première fois que j'ai vu un bébé au sein c'était pendant ma grossesse, et j'ai trouvé que ça avait un côté animal concrètement ». La notion de la pudeur a été soulevée à trois reprises, «Allaiter , oui mais pas en public, je trouve ça gênant» ou encore «J'ai vu une femme allaiter dans la rue et j'étais gênée, je trouve que c'est un frein à la relation avec son bébé». Enfin une patiente a trouvé cela horrible pourtant aujourd'hui elle trouve cela beau quand c'est son bébé.

Quand vous avez décidé d'allaiter votre enfant au sein, qu'est-ce qui a motivé votre choix ?

Une femme m'a tout de suite affirmé en entendant cette question : «c'est un choix, il vaut mieux un bon lait en boîte qu'un mauvais allaitement». Je lui ai demandé qu'elle m'explique sa vision de ce qu'est un mauvais allaitement. Elle m'a expliqué qu'une maman qui n'était pas prête à partager son corps avec son bébé serait trop stressée pour lui donner le sein».

Avez-vous déjà porté un nourrisson ? Comment vous êtes vous sentie ?

Vingt femmes ont déjà porté une fois un nourrisson. A l'aide d'une échelle analogique, elles ont commenté leur ressenti par rapport à cette expérience. L'échelle présente des visages de gauche à droite avec un sourire de plus en plus grand et détendu. Derrière, je pouvais voir à quelle cotation correspondait le visage choisi par la patiente.

Seize femmes ont mis en priorité la santé. Majoritairement en deuxième position, c'est pour 9 femmes la relation avec le bébé. En troisième position c'est aussi la relation (9 femmes). Les raisons pratiques pour 10 femmes sont en quatrième position. Enfin en moyenne, l'influence de l'entourage est citée.

Les 4 données «à l'aise, en confiance, rassurante et habile» se correspondent. Deux types de réponses se dessinent. Six femmes notent les 4 composantes entre 9 et 10. Le reste de la population ont majoritairement noté de 3 à 5.

2.3 La première mise au sein

✓ **Moment et lieu** (SDN est l'abréviation de salles de naissances)

Moment de la première mise au sein

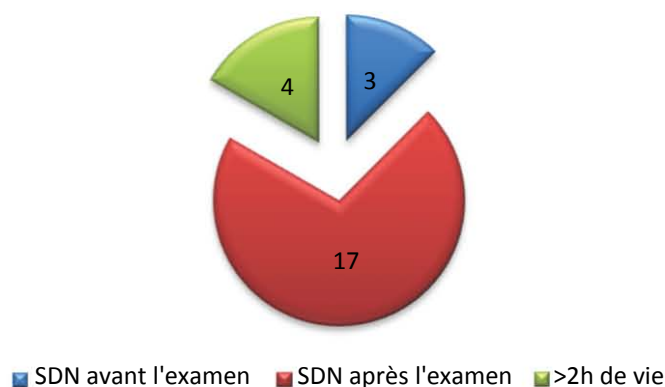


Figure 5 : première mise au sein

Avez-vous reçu à ce moment des informations sur la position à prendre ?

Au moment de la première mise au sein, neuf patientes ont reçu des informations sur les positions à prendre pour allaiter. Quatre femmes ont précisé qu'elles ont eu à ce

moment trop d'informations dont 3 jours plus tard elles n'ont plus de souvenirs. Trois mères ont demandé comment tenir un nouveau-né et enfin les 3 femmes installées sur le côté ont trouvé que cette position était simple et diminuait la tension du corps accumulée pendant l'accouchement.

✓ **Le peau à peau et la reconnaissance mutuelle**

Avez-vous eu votre enfant eu peau à peau ?

Est-ce-que cela a entraîné une envie chez vous de donner le sein ?

Avez-vous repéré que cette position a entraîné une envie de téter chez l'enfant ?

Vingt bébés ont été mis en peau à peau pendant les deux heures du post-partum immédiat. Cette position a donné envie de donner le sein à 13 de ces patientes. Quatorze ont remarqué que cette position donnait envie aux bébés de téter et a entraîné une mise au sein. Des différences sont présentes : deux femmes ont eu envie de donner le sein mais n'ont pas retrouvé l'envie de téter chez l'enfant et 5 femmes n'ont pas ressenti l'envie de donner le sein mais ont repéré que cette position stimulait leur bébé.

✓ **Les positions proposées et la dextérité**

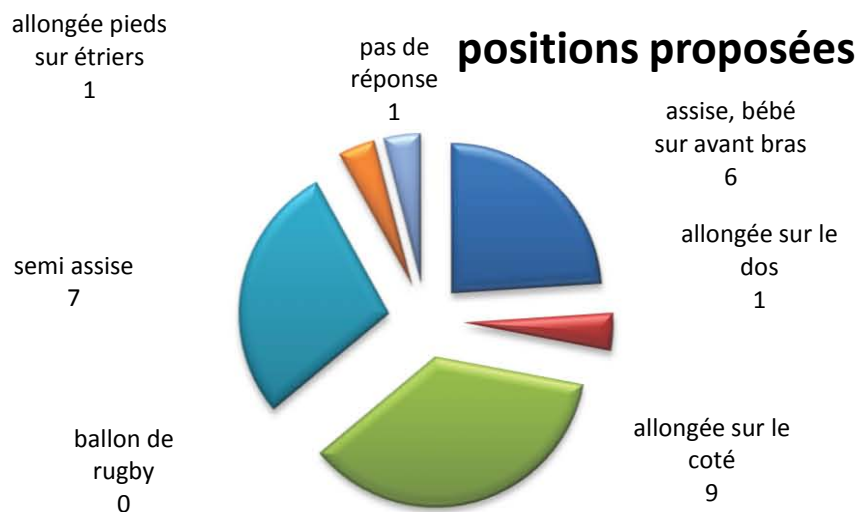
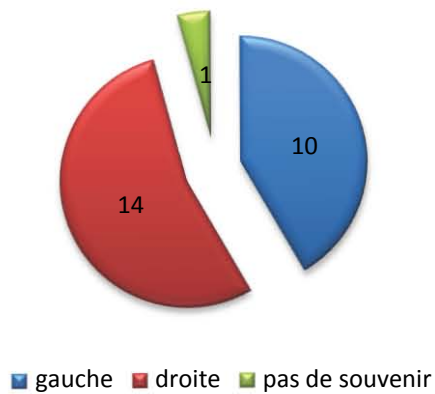


Figure 6 : Les positions en SDN

Vingt trois mères sont droitières et deux gauchères. Aucune n'est ambidextre. Lors de la première mise au sein, 16 femmes n'ont pas choisi de quel côté mettre le bébé.

De quel côté vous sentez vous le plus à l'aise ?
Avez-vous choisi ce côté ?

Côté du bébé lors de la première mise au sein



Côté où les femmes sont le plus à l'aise au troisième jour d'allaitement

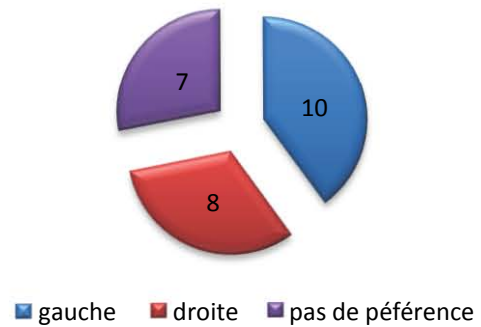


Figure 7 : La préférence de côté

Pour illustrer une phrase d'un entretien : «Je suis plus à l'aise d'un côté, j'ai de la chance c'est le même que mon bébé».

2.4 Le séjour en maternité



Figure 8 : Les professionnels préférés

✓ Douleur et gêne pour les mises au sein avec l'assistance d'un professionnel

Que ressentez vous lorsqu'un professionnel vous touche le sein pour le mettre dans la bouche de votre enfant ?

A l'aide de la même échelle analogique les patientes parlent de leur gêne par rapport à la nudité en présence de personnes inconnues.

Seize femmes ont mis la note supérieure ou égale à 8. Cette note correspondait à un sourire ou au sourire large. Cinq ont précisé qu'elles avaient besoin d'aide et qu'il fallait en passer par là. Sept patientes sont gênées et ont classé la gêne en dessous de 5 et 2 très gênées avec le visage fermé.

Au sujet de la douleur ressentie quand un professionnel touche le sein pour aider l'enfant à démarrer la tétée, onze femmes trouvent que c'est douloureux dont 4 très douloureux (correspondant aux notes inférieures ou égales à 5). Dix femmes ne trouvent pas ce geste douloureux dont 5 pas du tout.

✓ ***Les positions apprises en maternité***

Quelles positions vous a t-on appris ?

Deux femmes sur 25 n'ont appris aucune position en maternité. Sur les 23 autres, 5 ont essayé 3 variétés de positions, 5 n'en ont testé qu'une et 13 ont bénéficié d'un apprentissage sur 2 variétés.

Quatre patientes ont confié leur invention de position car les autres ne les satisfaisaient pas totalement. Deux femmes se mettent demi-assises sur le côté quasiment allongées sur le ventre, le bébé allongé sur le lit, ventre contre ventre et calés par le coussin d'allaitement qui part de la tête de la mère, entoure le bébé et revient entre les jambes de la mère. Les deux autres femmes se mettent en tailleur, couchent leur bébé dans le creux de leurs jambes et se penchent sur lui.

*Vous a t-on donné un support d'informations sur les positions d'allaitement maternel ?
Le professionnel vous l'a-t-il expliqué ?
En avez-vous pris connaissance ?*

Une femme m'a répondu tout de suite : « Vous en avez ? Je voudrais bien voir pour les positions, tout ce qu'on peut faire ».

A la maternité, onze femmes ont reçu un document explicatif dont 9 sans explication de la part du professionnel. Elles ont toutes pris connaissance de ce support. Trois femmes avaient un support donné pendant la grossesse en consultation sage-femme. Sur les 11 femmes qui n'ont pas eu de support, la totalité des femmes d'origine étrangère n'en n'ont pas eu. Trois types de supports sont utilisés au CHR Metz-Thionville : Le

document du réseau périnatal Lorrain (5 femmes l'ont eu), le guide 2010 du PNNS (8 femmes) et des feuilles éditées par les services (2 femmes). PNNS signifie Plan National Nutrition et Santé

Que pensez-vous des schémas sur l'allaitement maternel ?

L'échelle d'évaluation a permis aux femmes de répondre sur la qualité des supports écrits qu'elles ont eu sur les critères suivants : explicatif, représentatif, facile à mettre en œuvre et sur le côté esthétique.

La note moyenne pour l'explicatif : **5.4** Les notes vont de 0 à 8 avec une majorité de 5.

La note moyenne pour le représentatif : **6.3** Les notes vont de 0 à 10 avec une majorité de 6.

La note moyenne pour la facilité de mise en œuvre : **4.3** Les notes vont de 0 à 8 avec une majorité de 3.

La note moyenne pour l'esthétique : **5.3** Les notes vont de 0 à 10 avec une majorité de 6.

✓ **L'autonomie**

Comment vous sentez-vous lorsque vous devez mettre, seule, votre enfant au sein ?

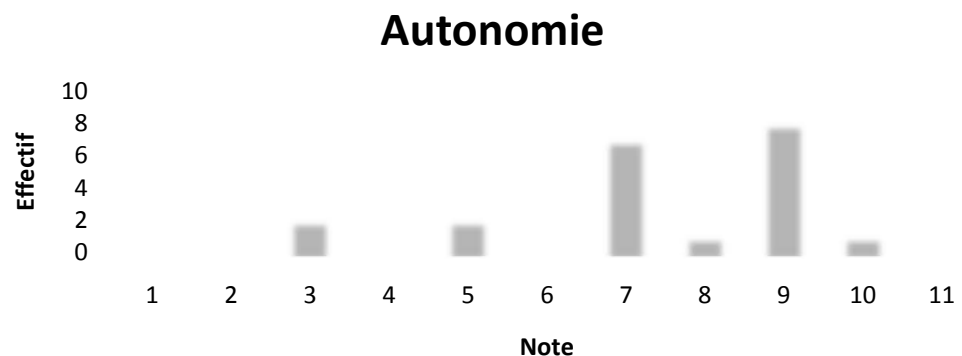


Figure 9 : L'autonomie

Le positionnement de la bouche du bébé

Comment repérez vous que votre enfant a sa bouche bien positionnée sur votre sein ?

Les repères les plus souvent cités sont les sensations tactiles du sein (16 femmes) avec juste derrière le visuel (15 femmes). L'ouïe est intermédiaire avec 10 femmes qui l'utilisent. Enfin, le sens haptique et comment se tient le bébé contre elles sont bien moins utilisés, successivement deux et trois femmes.

Une femme n'a pas de repère pour la position de la bouche.

La majorité des femmes ont un ou deux repères. Les femmes ont le plus souvent deux repères (12 femmes). Trois femmes ont trois repères différents et une femme s'en est appropriée quatre. Ces dernières utilisent toute l'ouïe et la sensation tactile du sein.

Le duo sensoriel privilégié est concordant avec les sens les plus représentés : 8 femmes sur 12 utilisent le sens tactile du sein et le visuel. Ce duo est systématique. Les femmes déclarant une autonomie supérieure à 8 ont toutes mis comme signe la façon dont le bébé tète (sensation tactile du sein).

Les 5 femmes ayant une culture non occidentale en ont toutes deux avec le duo majoritaire : regard et sensation dans le sein de la force de succion.

Les 10 femmes qui se palpent les seins ont au moins deux repères : la façon dont tète le bébé et la vue sont les plus utilisées.

Dans cette étude les 6 femmes ayant pratiqué les 3 types d'exercices corporels en préparation à la naissance font partie de celles pour qui ont les repères les plus variés. Sept femmes ont testé les exercices corporels pour l'accouchement ont, elles aussi, développées plus de deux repères.

Une patiente avait testé avec un poupon les positions d'allaitement en préparation à la naissance. Cette même patiente a trois repères : le visuel, la sensation sur le sein et l'écoute.

Le positionnement du corps de l'enfant

Comment repérez vous que votre enfant est bien positionné au sein ?

Deux femmes n'ont aucun repère sur la position du corps de leur bébé pendant les tétées. Les $\frac{3}{4}$ des femmes ont un seul repère : le plus fréquent est le visuel (voir graphique ci-dessus). Les 5 femmes ayant deux ou trois repères en avaient autant pour les positions de la bouche.

Repères de la position du corps de l'enfant

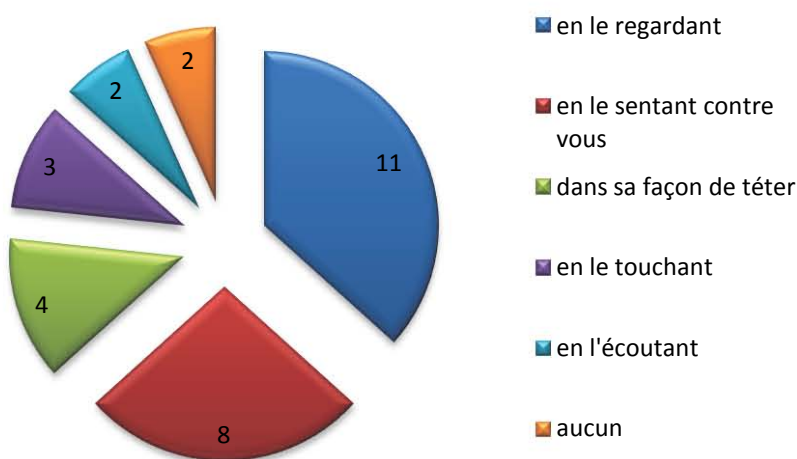


Figure 10: repères de la bouche

Pour les repères visuels et tactiles quant à la bonne position du bébé au sein, la population est répartie en deux groupes quasi égaux. Treize femmes ont répondu sur au moins un repère visuel et douze sur le tactile.

Quels sont vos repères tactiles d'une bonne position ?

Les réponses des femmes interrogées peuvent être réparties en deux groupes : les sensations transmises par la peau des seins et le maintien du bébé avec le sens haptique. Dans les sensations transmises par l'influx nerveux du sein différents degrés d'intensité sont développés. Leurs sensations peuvent être sous forme de picotement pour 3 femmes. Cinq femmes vont évoquer l'effet de pression dans le sein comme une ventouse. Ces femmes ont fait le test sur leur doigt et ont senti la différence entre une

vraie succion et une tétée affective. D'autres femmes testent en tirant sur le sein pour voir si le bébé arrive à le garder en bouche par la force de succion.

Quatre femmes disent que si c'est douloureux c'est que le bébé est mal positionné. La chaleur dans le sein est différenciée par trois femmes des sensations de pression.

Six femmes sentent que le bébé se détend au niveau musculaire lorsqu'il est bien positionné : «Il arrête de bouger d'un seul coup et se concentre !» m'a expliqué une maman.

«Je la caresse le long du dos et je sens si elle est conforme à mon geste droit. Je vois si on s'accorde». Cette femme explique la position alignée du corps de son bébé de son point de vue. Quatre autres femmes mettent le corps du bébé de façon à ce qu'il soit parallèle à leur avant bras (dans le maintien).

La patiente comorienne a besoin de le déshabiller pour avoir des repères. Elle n'allaitait qu'en peau à peau.

Quels sont vos repères visuels pour savoir que votre bébé est bien positionné au sein ?

Sept patientes n'ont pas de repère visuel sur la position du corps du bébé. Douze patientes ont en un et 4 ont en deux.

Les repères visuels se classent quant à eux où le regard se porte et sont de 4 ordres : le nez du bébé, son sou, sa bouche et ses oreilles. Aucune femme n'a situé un repère visuel au delà du cou. Tous leurs repères visuels se concentrent sur le visage des bébés.

Le nez est cité trois fois dans sa position contre la peau et deux femmes ont spécifié que la lèvre supérieure doit toucher le nez.

« Son cou ne doit pas être tordu » est exprimé par quatre femmes.

La bouche sert à différents niveaux : il faut qu'elle soit bien en face du sein et bien ouverte pour sept femmes.

Enfin pour trois mères, ce qui compte ce sont les mouvements des joues pleines/creuses et la contraction des muscles jusqu'à l'oreille.

Une femme a trouvé son repère en regardant les yeux de sa fille : «dès qu'elle arrête de bouger, elle lève les yeux au ciel et semble me dire qu'elle est prête»

Les repères d'une tétée efficace.

Cette question n'a pas été comprise. Elle n'évoquait rien aux femmes.

Interaction de la mère et de son nouveau-né

Que remarquez-vous sur son comportement lorsqu'il a faim ?

Comportement lorsque le bébé a faim

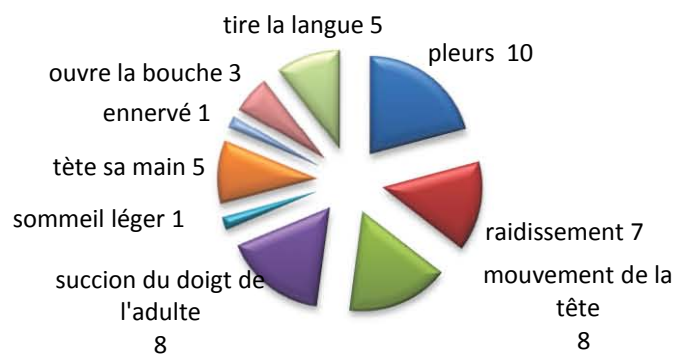


Figure 11: signes de faim

Que remarquez-vous sur son comportement lorsqu'il a bien mangé ?

Comportement lorsqu'il a bien mangé

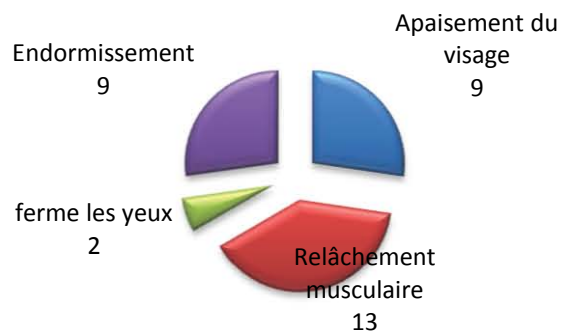


Figure 12: signes de satiété

Comment stimulez-vous votre bébé pendant la tétée ?

Seulement deux patientes n'ont pas osé stimuler leur enfant pendant les tétées, et une a peu osé. Elles ont peur de le déranger. Les 22 autres femmes évoquent la stimulation sous le terme de caresses. Six patientes caressent leur bébé partout sans endroit privilégié. Cependant 16 des autres femmes ont un endroit de stimulation : la

joue et les paumes des mains sont les plus représentées. Deux patientes ont deux repères et trois patientes ont trois endroits de caresses.

Une patiente me confie qu'elle sent que le comportement du bébé est différent au sein et qu'elle hésite moins à la toucher.

Avez-vous d'autres informations sur les compétences du nouveau-né ?

Vingt et une femmes n'ont pas eu d'informations sur les compétences du nouveau-né, sur ses réflexes et ses capacités sensorielles. Les 4 femmes restantes ont eu des connaissances sur les réflexes du nouveau-né (déjà vu en préparation à la naissance) et une a regardé un reportage vidéo.

Quels types d'informations auriez-vous souhaité avoir pour la mise au sein ?

Cinq patientes ne souhaitent pas plus d'informations.

Huit femmes auraient souhaité plus d'informations sur les positions. Elles ont émis l'idée d'avoir de la mise en pratique avant l'accouchement. «J'aurais aimé qu'on me mime certains gestes » ou une autre affirme «il me manque de l'entraînement » Huit femmes également ont évoqué leur manque de repères. Un discours plus clair et plus cohérent est demandé sur les repères, en particulier savoir les trouver. Ces femmes déplorent de ne pas savoir acter le bien-être de leur bébé au sein et le leur, elles veulent des encouragements. Une femme a déclaré «J'aurais aimé qu'on m'explique comment je dois faire sans faire à ma place, je me sens sans repères si je fais bien ou pas». Une autre femme, alors que la question était à peine posée : «Tout m'a manqué, j'étais perdue. Ce n'est pas inné! Je ne sais pas repérer son bien-être et le mien...cela fait beaucoup de choses non?». «Les mises au sein m'ont déroutée, je manquais de repères».

Sept patientes auraient voulu des informations sur la nuit du deuxième au troisième jour. Elles ont été surprises et une a paniqué et a voulu arrêter. Elles pensent qu'il faut s'y préparer. Cinq femmes ont manqué d'informations sur le rythme de vie d'un nouveau-né et sur ses compétences.

Quatre patientes se sont senties démunies lorsqu'elles portent leur bébé. Elles ne savent pas comment le tenir, comment le prendre dans son berceau et comment le calmer.

Quatre patientes ont précisé qu'elles avaient envie d'encouragement, de disponibilité et de présence. Deux femmes se posent des questions sur le retour à la maison. Une femme s'est sentie peu soutenue dans son choix de vouloir un tire-lait et a manqué d'informations à ce sujet.

Après l'énonciation de ces résultats, leur analyse va aboutir aux différentes voies de propositions possibles.

Partie 3: L'enquête: analyse et discussions

1. ANALYSE DES RESULTATS

La population étudiée

La population de cette étude est similaire à la répartition sociologique citée par la dernière enquête périnatale de 2003 (Les résultats de l'enquête périnatale de 2010 ne sont pas encore disponibles). Les trois quarts de la population sont issus de classes sociales moyennes et supérieures. Et un cinquième de la population est d'origine étrangère. La classe d'âge la plus représentée est celle des 26-30 ans. Le choix d'allaitement mis en avant est un bénéfice pour la santé de l'enfant. En deuxième intention, c'est l'envie d'une relation de proximité avec l'enfant qui est avancée. Enfin la troisième motivation est l'influence de l'entourage.

1.1 Appropriation du corps féminin.

Les femmes se sont-elles appropriées leur corps dans toute sa féminité avant d'être mère ?

L'hypothèse : «la reconnaissance gnosique du sein par les femmes facilite la création de repères sensoriels pour les mises au sein» est validée.

Environ un tiers de ces femmes ne différenciait pas l'aréole du mamelon ou n'en connaissait pas la définition. Or, dans la littérature, même pour le public, ils sont cités comme repères pour l'allaitement maternel. Ceci laisse à supposer que la compréhension de l'information passe par l'utilisation d'un vocabulaire adapté ou s'assurer que ces termes ont la même signification pour le professionnel que pour la patiente. De ce fait, les supports écrits d'informations doivent aussi comporter la distinction entre ces deux parties.

Une part de la population de cette étude avait donc des connaissances anatomiques sur le sein.

Sur les dix femmes ayant une image haptique de leurs seins (en pratiquant l'autopalpation) huit connaissaient l'anatomie du sein. Avoir des connaissances anatomiques du sein faciliterait peut-être l'accès à l'autopalpation. Cette dernière activité permet un apprentissage particulier. L'image haptique que ces femmes ont pu

créer mentalement, a fourni des indications pratiques pour la mise en place de l'allaitement maternel que le visuel n'a pas apporté.

Palper les seins demandait pour ces femmes un savoir-faire médical. En effet, un peu plus du tiers ne pratiquait pas l'autopalpation car on ne leur a pas appris. Il reste à se questionner sur la fonction érotique ou sur la sémantique du mot « palper » qui a été utilisée. Cependant se toucher les seins ne semblait pas être un geste réalisable facilement comme un geste anodin du quotidien. Un seul professionnel a dispensé cette information : une sage-femme. Moins d'un quart de ces mères a pu en bénéficier.

Réalité du clivage sein de mère/sein de femme

La question fondamentale de Marylin Yalom «à qui appartiennent les seins ?» a été retrouvée dans cette étude. Effectivement un quart de la population différenciait la fonction du sein par rapport au destinataire de leur sein : l'homme et/ou le bébé. La représentation du sein dans la société a une influence sur ces jeunes femmes qui allaient pour la première fois. Par exemple, on voit que la notion de pudeur est modifiée, certaines femmes pouvaient montrer leurs seins pour allaiter car l'acte est socialement acceptable. Cependant, le caractère érotique du sein en Occident est vérifié ici, avec la différenciation de fonction sexuelle/nourricière et appartenance homme/enfant. De plus les femmes d'origine étrangère n'ont pas évoqué cette dualité. Pour la majorité de ces femmes, il n'y avait pas de différence entre ces deux seins. Allaiter était un changement fondamental dans leur corps, une expérience à part entière, puisque trois quarts de ces femmes vivaient une différence dans la vision qu'elles ont de leurs seins. Le plus marquant dans ces réponses est l'importance des modifications physiques. Leur schéma corporel préexistant a été plus ou moins déstabilisé. En lien, leur image corporelle a pu être modifiée par ces expériences émotionnelles jamais connues auparavant. Une femme l'illustre par : «Mon fils est un serial teteur».

De plus cette étude se focalise sur l'acceptation de la double fonction sein sexuel/sein nourricier. Les trois mères, qui l'avaient évoqué, ont développé plus de repères anatomiques et sensoriels dans l'allaitement maternel.

Ces trois femmes parlaient de continuum dans les fonctions du sein. Elles ont noté leur autonomie à 9 et ont développé au moins trois repères différents. L'une n'a pas ressenti

de gêne ni de douleur quand un professionnel manipulait son sein. Les deux autres ont précisé que ce n'est pas réellement gênant parce que ce sont des professionnels à la différence de l'entourage.

Dans les années 1970, l'allaitement maternel n'était plus une pratique courante. Les mères de cette étude ont peu été au contact d'enfants allaités dans leur quotidien familial. Cette étude confirme cette phase de rupture. Seulement un quart des femmes a vu un bébé au sein dans le cadre familial, avec le lien de parenté de sœur ou belle-sœur. Le premier contact visuel avec un bébé au sein pour quatre de ces femmes s'est produit au cours de leur grossesse. Les chiffres de 2006 annoncent une augmentation du choix d'allaitement maternel en France, une nouvelle génération. Malgré une pudeur citée dans le fait d'observer une mise au sein d'un autre duo mère/bébé : «On ne regarde pas trop pour ne pas perturber la relation», la majorité de ces mères a trouvé l'acte « naturel » appartenant « au cycle de la vie ».

La pudeur est-elle modifiée pendant l'allaitement maternel ?

L'accompagnement de la mise au sein peut impliquer le toucher. L'acte de toucher procure beaucoup d'informations et d'émotions. Il est aussi codifié socialement et culturellement. La scission entre le sein érotique et le sein maternel est remarquée dans les résultats de cette enquête. En effet, montrer un sein de femme nue ou avec un décolleté très accentué est un acte érotique. Montrer un sein de mère allaitante rend la nudité des seins socialement plus acceptable. Dix femmes justifient qu'elles n'étaient pas gênées si c'est un professionnel, mais dans la rue, elles n'allaiteraient pas. Dans la représentation de ces femmes, le toucher du sein par un professionnel est intégré comme faisant partie du soin.

En contre partie, la notion de douleur est plus nuancée que la gêne. L'analyse est délicate car il y a plusieurs professionnels intervenants. Cependant onze femmes ont noté cet acte comme étant douloureux. Cette analyse vient corroborer aux résultats des études suédoises. C'est pourquoi, toucher le corps de l'autre nécessite à chaque fois des précautions car il intervient dans le champ de l'intimité, rappelant la notion de proxémie de Hall.

Enfin, ces mères expliquent la place importante du corps dans l'acte d'allaiter. Le sein questionne les femmes, dans leur ressenti qui peut être nouveau et dans ce qu'elles peuvent en montrer. Cette étude va dans le sens, qu'une reconnaissance gnosique des seins par les femmes, faciliterait la création de repères sensoriels guidant l'apprentissage de la mise au sein.

1.2 Concordance des repères

La préparation à la naissance et à la parentalité apportent-elles des fondements dans les repères de l'allaitement maternel ? Lesquels ?

«J'ai beaucoup d'échec d'allaitement autour de moi : ma mère, ma sœur. C'est ma belle-sœur qui m'a apporté un regard nouveau. Je suis venue armée avec des choses concrètes et pratiques en tête, sinon cela aurait été difficile ». Une mère s'est exprimée ainsi l'utilité d'une préparation.

Dans cette population s'entraîner à des exercices corporels pendant la grossesse a optimisé la mise en place précoce de repères pour l'allaitement maternel. Effectivement, les femmes ayant pratiqué deux ou trois types d'exercices développent des modalités sensorielles variées pour les mises au sein. Cependant l'information principale intégrée par les mères au cours de l'étude a été la difficulté du démarrage. Plus de la moitié des femmes ayant participé l'a retenue.

La mise en place de l'allaitement maternel a déstabilisé certaines femmes par rapport à leur représentation antérieure «Je pensais que l'allaitement c'était naturel. Je comprends aujourd'hui que c'est compliqué».

Les neurosciences ont étudié la représentation mentale du corps dont le changement est dépendant de l'environnement. Il est alors nécessaire d'accéder à un apprentissage.

Les exercices corporels pourraient en être un, grâce à la synthèse mentale de la gestuelle et du toucher.

Les repères de la patiente sont-ils concordants avec l'information donnée ?

L'hypothèse : «Lors des mises au sein, les repères transmis par la sage-femme sont concordants avec ceux de la patiente » est partiellement validée.

Au troisième jour du post-partum, trois quarts des femmes utilisaient au moins un repère pour les mises au sein. Dans les sociétés occidentales le visuel est plus important que le tactile, les trois quarts des mères de cette étude confirment cette tendance. La moitié de la population avait deux repères. Le plus fréquemment, l'association du sens visuel et sensations corporelles était mise en avant.

Ces mères portaient leur regard à un endroit précis : le visage de leur bébé, principalement la zone péribuccale et les joues. Elles cherchaient peut-être à établir les prémices d'une communication avec leur bébé appelée la proto-communication. La sage-femme propose des repères sur l'axe du corps de l'enfant mais les femmes de cette étude n'ont tenu compte que du visage.

Leurs sensations corporelles étaient centrées sur la pression ressentie dans leurs seins. Celle-ci les renseigne sur la position du bébé au sein. Pour une tétée efficace, c'est également le duo visuel/sensations corporelles qui domine.

L'information donnée dans les ouvrages sur l'allaitement maternel donne souvent des repères visuels d'un point de vue de l'observateur. Pour ces femmes, leurs repères proviennent directement des sensations corporelles ressenties et des éléments visuels à leur portée. L'angle de vue est donc dévié et les sensations corporelles sont difficiles à transmettre de par leur subjectivité.

La mise en place de l'allaitement maternel, ici, a été facilitée par la mémorisation corporelle au préalable. Les repères donnés par les professionnels ne tiennent pas compte l'angle de vue de la mère. Le plus fréquemment, au troisième jour du post-partum, elles avaient développé des repères sensoriels à double modalité visuelle/tactile avec une prédominance visuelle.

1.3 Voies de communication mère/bébé dans l'information

Les compétences du nouveau-né sont-elles explorées dans l'information ?

L'hypothèse : «les voies de communication mère/bébé sont explorées dans l'information pour la mise au sein» est infirmée.

Plus des trois quarts des femmes de cette population n'avaient pas eu d'indication sur les compétences du nouveau-né. Pour les autres, la préparation à la naissance fut un moment clé.

Néanmoins, avec ou sans informations, les mères étaient attentives aux comportements. Pour elles, les signes de faim étaient plus variés que ceux de satiété. Pour cette observation, elles ont eu recours à leurs sens. Le visuel était le plus représenté avec sept signes sur neuf, diversifiés, ils portaient sur les mimiques du bébé. Les signes auditifs des pleurs et les raidissements musculaires étaient moins variés et représentaient plus d'un quart de ceux-ci. La littérature sur l'allaitement maternel évoque peu les indices tactiles informatifs de la mère. L'exemple le plus marquant était les signes d'hypertonie de l'enfant lorsqu'il avait faim et son hypotonie de satiété. Les mères les expliquent spontanément et en première intention.

Le savoir sur ces compétences favorise-t-il l'autonomie de la mise au sein ?

Lors de la tétée, la voie de communication privilégiée par les mères était le toucher. Une maman a même senti un changement au niveau de ses compétences tactiles : «Pendant la grossesse je ne montrais aucune émotion. Mais depuis qu'il est là c'est fou, je n'arrête pas de le caresser de le regarder, mes émotions explosent».

Pour les trois quarts de ces femmes, la variété importante des endroits caressés du corps de l'enfant, établissait une interaction corporelle. Dans la théorie de Anzieu et Winnicott, l'importance de ce contact charnel est impliqué dans l'instauration de cette relation et dans la constitution du Moi-peau de l'enfant.

La mère et le nouveau-né se découvrent pas à pas en maternité. Un contact œil à œil et peau à peau se fait pour la première fois. La sage-femme est une tierce personne pouvant être liante dans cette interaction. L'objectif majeur de ce lien est de les émanciper à leur découverte.

1.4 Importance de la première mise au sein

La première mise au sein est un moment clé pour la réussite de l'allaitement maternel. Il conditionne en quelque sorte les angoisses ultérieures qui peuvent survenir. Le contact peau à peau favorise cette première tétée car l'enfant est physiologiquement dans un état disponible pour téter et en a toutes les compétences. Cette étude confirmerait ces notions. En salle de naissances, lors du peau à peau, l'envie de téter a été remarquée par trois quarts des mères qui désiraient donner le sein. Pourtant ce moment n'est pas garant d'une transmission d'informations de qualité car professionnel et mère ne sont pas disponibles. D'une part, un tiers des professionnels n'ont pas pu dispenser des informations à ce moment là. D'autre part, la moitié des mères ayant eu des connaissances en salle de naissances n'étaient pas disponibles. Elles ont déclaré avoir eu trop d'informations et ne plus s'en souvenir trois jours plus tard.

En matière de position, un tiers des femmes étant sur la côté en gardent un avis positif. Selon elles, ce positionnement permet de diminuer leur tension corporelle et par conséquent sa transmission au bébé. Par ailleurs, la théorie d'Ajuriaguerra sur le dialogue tonico-émotionnel semble correspondre aux femmes de cette étude. «Entre ma fille et moi, si l'une est pas bien, l'autre aussi. Elle ressent quand j'ai mal, elle stoppe la succion et accélère sa respiration. Quand je me détends elle reprend sa tétée».

Enfin, les professionnels ont très rarement demandé de quel côté la femme préfère mettre au sein. Or, l'habileté d'un côté est supérieure à l'autre. Ici, plus de la moitié avait mis au sein du côté où le bébé leur a été tendu. Au bout de trois jours, seulement un tiers des femmes était à l'aise aussi bien qu'à gauche qu'à droite. La gauche est le côté le plus apprécié mais il y a aussi proportionnellement plus de droitrières. Le lieu pour la première mise au sein était préférentiellement en salle de naissances. Les modalités de confort étaient assez limitées pour la mère dans les possibilités de mouvements. C'est pourquoi la moitié de ces femmes ont été installées assises ou semi-assises.

Le peau à peau a animé le désir du côté maternel et du côté bébé d'entrer en interaction. Il a eu lieu préférentiellement en salle de naissances. Cependant, ce moment n'était pas opportun pour la réception d'informations sur les positions. La latéralité de la mère a peu été questionnée limitant de ce fait l'optimisation de la détente maternelle.

1.5 Analyse des supports écrits

L'hypothèse : «le support écrit transmis est compréhensible par toutes les mères allaitantes et permet une autonomie dans la mise au sein» n'est pas validée.

Toutes les femmes ont-elles accès au support écrit ?

Dans cette étude, les femmes ne parlant pas le français n'ont pas reçu de support écrit. Effectivement, les outils utilisés en services contiennent beaucoup d'écrits et peu de schémas. Une femme d'origine étrangère a ajouté : « si j'avais eu un schéma, des images belles et apaisantes m'auraient aidée ».

C'est pourquoi un kit de communication à base de schémas a été élaboré par l'AP-HP. Le but de ces schémas est d'établir une communication entre deux personnes ne parlant pas la même langue.

Les femmes prennent-elles connaissance du support écrit ?

La totalité des femmes ayant reçu un des supports en a pris connaissance. Ceci confirme l'intérêt de ces mères d'en posséder un. Uniquement un dixième d'elles a reçu un support expliqué par le professionnel.

Les schémas, basés sur une observation extérieure d'une mise au sein sont-ils représentatifs et explicatifs ?

Globalement, l'évaluation des schémas, par les femmes de cette étude était aux alentours de la moyenne. Même si le caractère représentatif et explicatif était mieux noté que la facilité de mise en œuvre et l'esthétisme, il n'en demeure pas moins, qu'ils n'atteignaient pas le tiers supérieur du système de notation.

Sont-ils faciles à mettre en œuvre et esthétiques ?

Les critères d'esthétisme et la facilité de mise en œuvre étaient les plus faibles dans la notation. Effectivement, la facilité de mise en œuvre n'a pas atteint la moyenne alors qu'il est un élément important pour que les femmes puissent s'y référer.

Même si l'esthétisme n'est pas une priorité des schémas, il favorise le processus d'identification. De plus, il rend plus attrayant l'outil. Quelques commentaires des femmes au cours des entretiens viennent appuyer ce défaut : « les dessins sont assez petits », « les photos en noir et blanc sont ringardes », « le bébé paraît plus âgé, je ne m'identifie pas ». La majorité des schémas de position est faite à partir du point de vue de l'observateur. Ceci impose donc à la femme de faire un travail de transposition par rapport à elle.

Les femmes perçoivent l'utilité d'un support écrit informatif. Cependant il n'est pas donné systématiquement à toutes. Les documents utilisés contiennent beaucoup d'écriture limitant l'accès à un panel élargi de femmes. Le support a très rarement été expliqué à celles-ci. Les schémas facilitant une communication adaptée ne semblent pas être assez pertinents sur les critères évalués.

1.6 L'information sur les positions et sur les repères est-elle suffisante ?

Les professionnels diffusant l'information lors des mises au sein

Quasiment un tiers des femmes n'avait pas identifié les professionnels de santé. Pour celles-ci, il n'y avait pas réellement de personnes référentes pour la progression de leur apprentissage au cours du séjour. L'identification des intervenants étant peu claire, ces femmes avaient du mal à connaître les spécificités de chaque profession. Cependant, pour entrer dans la sphère intime de l'individu, se présenter est une première étape dans la communication.

L'apprentissage des positions en maternité

Ces femmes ont appris des positions en maternité. Les femmes sont ressorties au troisième jour avec au moins un bagage de deux positions. Par contre, un peu moins du quart de ces femmes s'est inventé des positions. Deux d'entre elles ne parlaient pas le français, elles ont pu avoir une mauvaise compréhension des explications ou avoir un modèle culturel déjà installé. Les deux autres femmes n'étaient pas satisfaites des autres positions. Marie Thirion met l'accent dans son ouvrage sur la liberté que les femmes peuvent prendre en termes de position. Il faut qu'elles se sentent à l'aise.

Un tiers des femmes aurait voulu plus d'informations. Le plus insistant dans leur demande est de leur expliquer sans le faire à leur place. Elles ont l'impression de ne pas savoir comment s'installer, comment gérer leur corps dans cette expérience.

Manque d'informations ?

Les femmes ne déplorent pas un manque d'informations mais orientent leurs souhaits vers l'accompagnement personnalisé.

Les demandes les plus courantes sont au sujet des positions ; pour un tiers des femmes : C'est de la pratique qui leur manque et de l'encouragement dans leurs compétences.

Les informations complémentaires qu'elles auraient souhaitées sont sur le déroulement physiologique global des trois premiers jours avec un détail sur le rythme de vie des nouveau-nés. Quatre mères ont manqué de repères pour maintenir leur nouveau-né. Le contact corporel, le maintien n'étaient pas une évidence pour elles.

En conclusion, les femmes ont appris des positions en maternité et cela à travers plusieurs intervenants. Même si elles n'ont pas toujours pu identifier ceux-ci. Elles auraient souhaité des informations plus spécifiques leur permettant une autonomie dans l'action sans intervention du professionnel. Ceci met en exergue la pertinence de l'accompagnement personnalisé.

2 DISCUSSIONS ET PROPOSITIONS

L'intégration des repères de l'allaitement maternel est un défi pour une équipe en maternité. Ces repères amènent à une mise au sein plus efficace et à l'autonomie de la mère. Obtenir une mise au sein optimale a pour objectif une qualité de l'interaction mère/bébé.

2.1 Préparation à la naissance et à la parentalité

La préparation à la naissance est un temps clé dans la réflexion d'un couple pour la construction de leur parentalité. L'alimentation de l'enfant est déjà un choix de futurs parents. Ces séances peuvent être le lieu d'expression de leur volonté. C'est un temps où la patiente peut être questionnée sur son rapport tactile avec ses seins et son corps.

La préparation à la naissance a développé les exercices corporels pour les positions d'accouchements et les antalgiques. Les exercices sur les positions d'allaitement sont moins courants. Il serait intéressant de proposer des exercices de maintien des nouveau-nés qui impliquent les mères ne désirant pas donner le sein. Cette familiarisation avec la réalité sous le regard d'un professionnel pourra conforter les jeunes parents dans leurs gestes. Les exercices d'allaitement maternel sont appréciés par les mères qui en ont fait et demandés par les autres. Ces exercices corporels peuvent leur permettre de schématiser mentalement les positions que l'on peut adopter pour allaiter. Une première approche corporelle permettra que pour la première fois, la femme se sente plus relaxée musculairement ce qui favorisera la détente lors de la tétée. Expliquer aux femmes qu'elles peuvent explorer leurs seins et s'entraîner aux massages est aussi un moyen de préparer progressivement le corps à ses futures fonctions.

Certaines femmes ne suivent pas ces séances. Evoquer ces expériences tactiles pendant une consultation de grossesse est possible car les seins peuvent être examinés au moins une fois.

La brièveté des séjours est une difficulté en maternité pour transmettre le savoir faire de l'allaitement maternel. Ce temps est à optimiser avec une préparation à la naissance en amont et un savoir transmettre à la maternité sans faire à la place des mères.

2.2 Pédagogie et démarche éducative :

Ma rencontre avec les femmes m'ont permis de mettre en évidence l'utilité d'une démarche d'entretien. Questionner sur leurs repères et leurs ressentis permet de partir de leur base afin de pouvoir compléter leurs compétences avec des informations adaptées à leurs besoins. Cela permet un tri dans les informations à donner. Celles-ci sont plus adaptées aux attentes de la patiente et moins nombreuses. Les théories sur la communication ont montré que les informations doivent être données une à une pour qu'elles soient mieux assimilées. C'est une démarche personnalisée comme le souhaite les femmes.

Cette démarche a un autre bénéfice. Elle valorise la patiente dans ses compétences et la rend actrice dans la réussite de son allaitement maternel. Effectivement, en lui proposant de réfléchir sur son ressenti et ses compétences, elle ne s'abandonne pas aux savoirs médicaux qui peuvent être imposants pour certaines femmes.

Enfin, il serait plus facile dans cette approche pour la sage-femme de se détacher de l'effet identificatoire et de tenter d'éviter les risques d'un échec d'allaitement pour le professionnel de santé. Personnaliser la prise en charge peut renouveler le professionnel dans ses compétences et rendre l'accompagnement moins opératoire. De plus, un travail multidisciplinaire permet une ouverture sur les cas particuliers qui peuvent faire échouer l'équipe si elle n'a pas anticipé ces situations. La sage-femme peut être coordinatrice de ces professionnels la recentrant ainsi sur sa fonction première : «sage-femme». En d'autres termes avoir un savoir au service des Femmes.

2.3 Travail multidisciplinaire autour de l'allaitement

Une femme, lors des entretiens a annoncé: «Au moment où l'on va accoucher, on est sensible aux mots. J'accepte moins de choses et moins de gestes brusques. Pour l'allaitement maternel, c'est pareil ».

Plusieurs domaines d'expertises s'affinent autour de l'allaitement maternel. Cependant la formation initiale de sage-femme nous donne des initiations à ces matières mais nous ne devenons pas experts. Chaque personne dans une équipe ne peut se former à tous ces domaines. C'est pourquoi avoir un métissage dans une équipe au sein d'une

maternité peut être intéressant. Le métissage signifie une collaboration des spécialités. Nous pouvons élaborer un travail cohérent d'équipe, autour de plusieurs thématiques répondant aux questions de l'intégration des repères pour l'allaitement maternel. Effectivement, le but est d'amener les mères à une autonomie à la sortie de la maternité. Avoir des connaissances en communication pour une sage-femme est primordial pour prendre conscience de son comportement. Les mères ont exprimé leur sensibilité face au discours de la sage femme durant cette période. De ce fait, il est important de savoir faire preuve de congruence. Nous avons vu que la communication est un domaine où les facteurs socioculturels sont impliqués. Pour une équipe en maternité, se former en approche interculturelle, permet une ouverture essentielle pour communiquer avec les mères d'origine étrangère. En d'autres termes, ce concept permet d'élaborer pour le soignant, une modalité d'analyse des situations, de penser la diversité. Il ne s'agit pas là de trouver un protocole adapté à telle ou telle population.

L'hétérogénéité des femmes ne s'arrête pas là, ni la difficulté pour les sages-femmes. Une formation sur la communication avec les personnes en situation de handicap sensoriel, moteur et psychiatrique peut permettre d'anticiper la prise en charge de ces patientes. Il est important de savoir comment et où les orienter. Enfin, la relation de sage-femme peut entraîner un corps à corps pendant la grossesse, l'accouchement, et se poursuit avec l'allaitement.

Travail avec un psychomotricien :

Ce mode de relation n'est pas anodin pour les deux protagonistes de cette relation. La profession de santé spécialiste du corps et de son lien avec la psyché est la psychomotricité. Une sage-femme formée auprès d'un psychomotricien sur les questions du corps, apporterait beaucoup en matière de position d'allaitement et de ressenti corporel. Ensemble, ils peuvent créer des exercices favorisant la découverte de la gestuelle et des repères sensoriels, par exemple, s'entraîner avec un poupon.

L'expérimentation tactile sur des seins en silicone, par exemple l'explication du massage aréolaire, en préparation à la naissance amorcerait un apprentissage reproductible dans l'intimité. J'ai réalisé un sein en silicone pour des patientes déficientes visuelles qui peut remplir cette fonction.

Savoir tendre l'enfant en face de la maman, sans lui inciter un côté plutôt que l'autre et la laisser choisir instinctivement. Une autre piste est d'apprendre à reconnaître les informations tactiles dans notre acte de soignant.

Travailler avec un ergothérapeute :

L'ergothérapeute pourrait apporter des connaissances sur l'adaptation des lieux et sur les modalités de déplacements des personnes atteintes d'un handicap. Faciliter leur déplacement et leur intégration dans un environnement inconnu comme la maternité permet de diminuer stress et tension.

Ce travail multidisciplinaire permettrait d'élaborer un projet d'équipe autour de l'accompagnement de l'allaitement maternel. Ce projet serait porteur de différents points de vue apportant à chacun des pistes de réflexions pouvant guider les mères dans leur singularité. Chaque personne de l'équipe ayant sa spécificité peut aussi développer un réseau autour de la maternité avec des spécialistes en la matière afin de pouvoir orienter les femmes.

Si l'équipe établit un travail cohérent et anticipatoire sur le contenu et la forme du savoir autour de l'allaitement maternel, elle pourra aussi prévenir les risques de lassitude du professionnel.

2.4 Dialogue entre sage-femme et mère.

Un support illustré sur l'allaitement maternel en maternité peut être plus pertinent par rapport aux demandes des femmes. Cette stratégie peut faciliter une meilleure communication. Effectivement, il est nécessaire de limiter le nombre d'informations mais les cibler. Sans écrits, l'échange est facilité car les schémas peuvent questionner. Les questions seront propres à chaque mère et permettront au professionnel d'élaborer une réponse pour chacune.

Au moment de la mise en place de l'allaitement, l'intérêt est porté sur le déroulement de ce démarrage, les réactions du bébé et le positionnement. Cet outil ne serait pas écrit, uniquement dessiné. Ceci permettrait aux femmes ne pouvant lire de pouvoir se l'approprier. Même si elles ne parlent pas la même langue, les images pourront les lier sur les mêmes données.

Ce livret de quatorze pages est un support d'un échange entre la sage-femme et la patiente. Il est en cours de réalisation en collaboration avec un dessinateur. C'est un travail long que nous n'avons pas tout à fait finalisé.

Je me suis intéressée aux communications en cas de déficiences sensorielles plus ou moins associées à l'intellectuel. En annexe V, je propose une synthèse rapide des

éléments essentiels à prendre en compte lors de l'établissement d'une communication avec ces femmes. C'est un outil à l'attention des sages-femmes.

2.5 Un travail de fond: l'éducation à la sexualité.

En Occident, les seins sont chargés de leur symbole érotique et des interdits qui y sont afférents. C'est pourquoi l'apprentissage de cette sensorialité intervient directement dans le domaine de la sexualité. Les sensations érotiques issues des zones érogènes sont élaborées dès la naissance. Cependant, la personne les apprivoise plus au moins selon les charges affectives qui sont déchargées sur cette fonction et la charge socioculturelle (éducative). Mettre au sein un bébé peut relever d'une grande expérience sensorielle si la femme n'a jamais elle-même expérimenté la stimulation de ses seins ou si leur stimulation par un partenaire n'a rien produit.

Un travail est en cours sur la découverte de la puberté chez les jeunes femmes déficientes visuelles. Un livre tactile se réalise. Pour ces jeunes filles et les autres, la découverte sensorielle du corps est importante. Cet outil pourrait être transposable.

La zone mamelon aréole se retrouve sensoriellement au centre des deux fonctions du sein : érotisé et allaitant. Cette zone nécessiterait un apprentissage chez les femmes pour s'approprier son corps. Le développement gnosique tactile de ce duo favoriserait une engrammation bénéfique pour l'allaitement maternel. L'installation de l'enfant au sein serait vécue comme moins déstabilisante. C'est une préparation ayant pour but de diminuer l'appréhension. En limitant le stress de la méconnaissance, le corps est plus détendu et cela facilite la tétée de l'enfant ainsi que l'accordage mère/bébé.

Enfin, une enquête de même nature mais sur une plus large population pourrait être établie.

Conclusion

Accompagner une femme primo-allaitante passe par la reconnaissance de ses compétences corporelles et sensorielles. Allaiter au sein, c'est se mettre à nue devant soi, un professionnel de santé et devant un nouvel être en devenir : son enfant. L'aréole et le mamelon sont des zones primordiales dans le démarrage de l'allaitement maternel. Par leur stimulation le flux d'éjection du lait est enclenché, entraînant avec ce mécanisme des sensations corporelles spécifiques. Les sages-femmes, dans leur rôle de transmettre le savoir-faire de l'allaitement, sont confrontées à ces sensations empreintes du vécu corporel. Celui-ci est influencé par l'érotisation du corps, le socioculturel, le port ou non d'une particularité organique. L'intégration de ces repères est garant de l'autonomie de la mère.

L'enjeu principal, à long terme, de celle-ci est l'établissement de la fonction maternelle.

Les mères participant à l'étude ont mis en avant le vécu corporel de leur nouvelle expérience : allaiter. En réalisant leurs compétences, elles ont apporté leur point de vue intérieur. En d'autres termes, c'est l'association sensorielle visuelle et tactile centrée sur le visage du nouveau-né et les sensations tactiles sur le sein qui les guident. Encourager les femmes à reconnaître ces compétences sensorielles pendant la grossesse et à la maternité pourrait être une piste aidant à leur émancipation.

Seulement, les déficiences qu'elles soient sensorielles et/ou intellectuelles, les différences linguistiques et/ou culturelles imposent une communication adaptée. Les supports écrits sont des outils pour les femmes s'ils sont explicités par le soignant et accessibles à leur compréhension.

La sage-femme pourrait être une coordinatrice des apports multidisciplinaires sur l'allaitement maternel. Cette fonction la recentre sur ses compétences spécifiques et préventives en intervenant auprès des adolescentes, des femmes et des mères.

Cependant, ce travail est le reflet de la complexité du sujet. Ne comportant pas toutes les informations sur toutes les disciplines, il est un tour d'horizon vers de nouvelles approches. Des travaux sur la mise en place du travail pluridisciplinaire et l'évaluation des outils pratiques restent à venir.

BIBLIOGRAPHIE

[1]LE BRETON David. Anthropologie du corps et modernité. Sixième édition. Collection Quadrige Vendôme, éditions Presse universitaire de France, 2011. 336 pages

[2]LE BRETON David. Corps et Anthropologie : de l'efficacité symbolique. Disponible sur : <http://www.passereve.com/journal/HTM/efsy.html>. Dernière consultation le 09/03/11

[3]VINEL Virginie. Le sens des relations. Les contacts corporels entre les femmes Moose (Burkina-Faso). In : Anthropologie du sensoriel. Les sens dans tous les sens. Sous la direction de Colette MECHIN, Isabelle BIANQUIS-GASSER, Virginie VINEL et David LE BRETON. éditions L'Harmattan. Collections nouvelles études sociologiques.1998, 246 pages (77p-87p)

[4]BANQUIS-GASSER Isabelle. Le toucher dans les modes de salutation en Mongolie ou les règles de la bonne distance. In : Anthropologie du sensoriel. Les sens dans tous les sens. Sous la direction de Colette MECHIN, Isabelle BIANQUIS-GASSER, Virginie VINEL et David LE BRETON. édition L'Harmattan. Collections nouvelles études sociologiques.1998, (95p-97p)

[5]DURET Pascal, ROUSSEL Peggy, Le corps et ses sociologies .Collection sociologie 128 .Tours éditions Nathan Université.2003, 127 pages.

[6]DESCAMPS M-A, Le langage du corps et la communication corporelle, collection psychologie aujourd'hui, Vendôme, éditions presse universitaire de France, 1989, 234 pages

[7]DOLTO Françoise. L'Image inconsciente du corps, Evreux, édition du Seuil, 1984, 375 pages

[8]ANZIEU Didier, Le Moi-peau, collection psychismes, Paris, édition DUNOD, 2009, 276 pages

[9]DELDIME Roger, VERMEULEN Sonia, Le développement psychologique de l'enfant, Septième édition collection comprendre, Liège, éditions de Boeck université, 2004, 248 pages

[10]DAMASIO Antonio.R., L'erreur de Descartes ; La Flèche, éditions Odile Jacob, 2010, 394 pages

[11]BLOUIN, Maurice; BERGERON, Caroline et all. Dictionnaire de la réadaptation, tome 1 : termes techniques d'évaluation. Québec : Les Publications du Québec, 1995, 130 pages

[12]HATWELL, STRERI, GENTAZ, Toucher pour connaître, psychologie cognitive de la perception tactile manuelle, collection psychologie et sciences de la pensée, Vendôme, édition Presse Universitaire de France., 2000, 332 pages

[13] Schéma Homonculus de PENFIED disponible sur <http://www.anatomie-humaine.com/Le-Cerveau-2.html>. Dernière consultation le 09/03/11

[14]VIAU Robert. Le module tactile de la mémoire de travail et l'influence de la condition visuelle sur son développement. Doctorat en Psychologie. Université du Québec à Montréal, 1999, 147 pages Disponible sur <http://www.mira.ca/fr/rd/10/IMG/pdf/conditionvisuelleetmemoire.pdf>. Dernière consultation le 09/03/11

[15]POCHON Caroline, ROTSCCHILD Allan. Le culte des seins. Foligno, édition Democratic Books, 2010, 253 pages

[16]SIEGRIST La glande mammaire Cours première année de première phase du 27/09/06

[17]Planche anatomique du sein disponible sur <http://www.medela.com/BX/fr/breastfeeding/research-at-medela/breast-anatomy.html>. Dernière consultation le 09/03/11.

[18]YALOM Marilyn, Le sein une histoire. Lonrai, éditions Galaade, 2010, 381 pages

[19]WUNSCH Serge, comportement sexuel humain : comportement de reproduction ou comportement érotique? Thèse en neurosciences. Ecole pratiques des hautes études à Paris Sorbonne 2007.Disponible sur http://psychobiologie.ouvaton.org/telechargement/these_comportement_reproduction.pdf Dernière consultation le 09/03/11

[20]KNIBIELHER, La révolution maternelle depuis 1945, Malesherbes éditions Perrin, 2002, 367 pages

[21]WAYNBERG Jacques, les idées reçues sur la sexualité, collection littérature générale, Evreux, éditions Hachette, 1995, 241 pages

[22]BADINTER Elisabeth, Le conflit la femme et la mère. Mayenne, édition Flammarion, 2010, 269 pages

[23]PARAT Hélène, Sein de femme sein de mère, collection petite bibliothèque de psychanalyse, Vendôme, éditions Presse Universitaire de France, 2006, 199 pages

[24]BLIN, THOUVILLE, SOULE, l'allaitement maternel : une dynamique à bien comprendre, collection à l'aube de la vie, Mercuès, éditions Erès, 2007, 291 pages

[25]LETT, MOREL, Une histoire de l'allaitement, Talède, édition de La Martinière, 2006, 159 pages

[26]GRIMBERG Salomon, Frida KHALO confidences, Singapour, édition du chêne , 2008, 159 pages

[27]THIRION Marie, L'allaitement de la naissance au sevrage, collection bibliothèque de la famille, Paris, éditions Albin Michel, 2006, 280 pages

[28]GREMMO-FEGER G. Accompagner la naissance accompagner l'allaitement. Journée régionales pour l'allaitement 2005-2006. COFAM .Article : Accueil du nouveau-né en salle de naissance ou comment favoriser allaitement maternel et bien-être du nouveau-né et de ses parents. Pages 32 à 42

[29]ROYAL COLLEGE of MIDWIVES, Pour un allaitement réussi, physiologie de la lactation et soutien aux mères, Liège, éditions Masson, 2005, 99 pages

[30]COLSON, MEEK, HAWDON, optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding, avril-mai-juin 2009, Les dossiers de l'allaitement numéro 79, page 12 à 18

[31]MONTAGU Ashley, La peau et le toucher, un premier langage. Evreux, édition du Seuil, 1979, 220 pages

[32]SCHAAL, DELLAUNAY-EL, DOUCET, Le sein et le lait : les médiateurs de signaux et prometteurs d'apprentissages, réalités en gynécologie-obstétrique, novembre 2005, numéro 105, pages 17 à 25

[33]VAIVRE-DOURET Laurence, Peau à peau, s'approprier par les gestes et les mouvements, novembre/décembre 2004, le journal des professionnels de l'enfance. Pages 34 à 37

[34]CUNGI Charly, Savoir s'affirmer en toutes circonstances, collection développement personnel, QUERCY, éditions Retz, 2005, 204 pages

[35]BIOY, BOURGEOIS, NEGRE, Communication soignant-soigné repères et pratiques, Saint-étienne, éditions Breal, 2007, 141 pages

[36]ROGERS Carl. . A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships as Developed in the Client-centered Framework. In (ed.) S. Koch, Psychology: A Study of a Science. Vol. 3: Formulations of the Person and the Social Context. New York: McGraw Hill, 1959.

[37]TISON Brigitte, Soins et cultures, formation des soignants à l'approche interculturelle, Pays-Bas, éditions Elsevier Masson, 2009, 247 pages

[38]CLOUX David, Dix conseils pour communiquer avec une personne sourde
Disponible sur <http://www.tendancesourd.com/10-conseils-pour-communiquer-sourd/>
dernière consultation le 01/03/11

[39]THOUEILLE E., VERMILLARD.M. Allaitement et handicaps, tiré de Soins pédiatrie-puériculture (numéro 241, avril 2008).

[40]CANDILIS-HUISMAN, THOUEILLE, VERMILLARD. La passation transcrite de l'Echelle de Brazelton à l'usage des mères handicapées visuelles, et des autres mères DEVENIR volume 18

[41]GUEDENEY A, Prise en charge des femmes enceintes ayant une pathologie psychiatrique chronique Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Volume 29, janvier 2000 p. 39 Disponible sur <http://www.em-consulte.com/article/114123> Dernière consultation le 01/03/11

[42]MORO Marie-Rose, Enfants d'ici venus d'ailleurs, collection pluriel numéro 25, Barcelone, éditions hachette littératures, 2002, 191 pages

[43]DEMICHELLI, cours de législation première année de première phase, Droits du patient, Année 2007

[44]SPYCKERELLE M-M, cours de législation, deuxième année de première phase, Code de déontologie de la profession sage-femme, Année 2008

[45]INSERM, Enquête périnatale 2003, 51 pages disponible sur http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/plan/enquete_nationale/enquete_perinatale_2003.pdf Dernière consultation le 09/03/11

[46] EUROPEAN COMMISSION, Protection, promotion and support of breastfeeding in, Europe : a blueprint for action, conférence du 18 juin 2004, 38 pages disponible sur http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf, dernière consultation le 01/03/11

[47] INSEE, recensement 2008, disponible sur <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=recensements.htm>, dernière consultation le 09/03/11

[48] ANLCI, les chiffres de l'illettrisme, 2006, disponible sur <http://www.anlci.gouv.fr/>, dernière consultation le 09/03/11

[49] INPES, le guide l'allaitement maternel, 2010, conception PARIMAGE

[50] IPA, Premiers jours de l'allaitement, 2006 disponible sur <http://www.info-allaitement.org/brochures.html>, dernière consultation le 09/03/11

[51]COMITE FEDERAL DE L'ALLAITEMENT MATERNEL, brochure sans texte de l'allaitement maternel, 22/09/09, disponible sur http://www.infor-allaitement.be/pdf/broc_sstex_cfam.pdf dernière consultation le 09/03/11

[52] RESEAU PERINATAL LORRAIN, L'allaitement maternel pour vous futurs parents, 2002

[53]LANDAIS M., Allaiter à la maternité : difficultés des mères ou/et des soignants ?, Vocation sage-femme numéro 70, mars 2009

[54] WEIMERS L, SVENSSON K, DUMAS, et al. Hands-on approach during breastfeeding support in a neonatal intensive care unit: a qualitative study of Swedish mother's experiences. Int breastfeed J, octobre 2006

[55] HODDINOTT P, PILL. R, A qualitative study of women's view about how health professionals communicate about infant feeding. Health Expet. Décembre 2000

[56]GILL SL. The little things: perceptions of breastfeeding support. JObstet Gynecol Neonatal Nurs, 2001

[57]BELGHETI E., accompagner l'allaitement maternel entre guidance et passion, les dossiers de l'obstétrique Numéro 382 mai 2009.

Illustration d'en-tête

- [58] KLIMT, focale sur « Les trois âges de la femme ». 1905, Huile sur Toile, 180 × 180 cm, Galerie Nationale d'Art Moderne, Rome. Disponible sur [http://www.easyart.fr/posters/Gustav-Klimt/Les-Trois-%C2ges-de-la-femme-\(d%E9tail\)-4084.html](http://www.easyart.fr/posters/Gustav-Klimt/Les-Trois-%C2ges-de-la-femme-(d%E9tail)-4084.html)

Dernière consultation le 09/03/11

ANNEXE I

GLOSSAIRE

a-Définition de l'image corporelle en anthropologie : [2]

La *forme* rappelle la limite physique des parties du corps. Le *contenu* où la personne vit les stimulations sensorielles qui lui sont propres. Le *savoir* basé sur l'anatomie et la physiologie même rudimentaire. Enfin, la *valeur* que la société dans laquelle vit la personne impose par le biais des normes physiques dans la façon de vivre. Ces quatre données sont de même importance et dépendantes du cadre dans lequel se développe l'individu. (Société, culture, relation).

b-Proxémie [4]

Cette distance varie selon le type de relation que l'on entretient avec l'autre et selon notre modèle culturel. Ces distances donnent souvent des malentendus d'une société à l'autre par leur non respect. Au sein même d'une société, des règles sur les gestes sont codifiées impliquant les zones que l'on peut toucher et la différence statutaire entre les protagonistes du geste. Les religions ont une empreinte importante dans la gestuelle, en particulier dans les relations intimes.

c-Le schéma corporel [7]

C'est la représentation neurologique du corps dans son fonctionnement physiologique. Françoise Dolto le définit comme tel *«spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, il est le même pour tous les individus. Le schéma corporel se structure par l'apprentissage et l'expérience, il est indépendant du langage»*. Il est constitué de la perception de nos sens, des perceptions internes et externes. Il est dans le préconscient, l'inconscient et le conscient.

Ce schéma se structure aux dépens des expériences corporelles que peut faire le nouveau-né : par le bercement, les caresses, le maintien.

d-L'image corporelle[7]

Ce terme est à différencier du schéma corporel. Ce sont les représentations mentales de notre propre corps. Elle se construit à travers des expériences émotionnelles propres à chacun dans son histoire. Elle est éminemment dans l'inconscient de l'individu mais a son implication dans les relations présentes. La **relation** avec l'autre structure cette image.

e-Moi-peau:[8]

Les huit fonctions sont la maintenance, la contenance, la pare-excitation, l'individualisation du soi (sensation d'être unique), l'inter sensorialité, soutien de l'excitation sexuelle (les zones érogènes), la recherche libidinale et l'inscription des traces sensorielles.

f-Holding, Handling et object presenting [9]

Le «holding», évoque la façon dont est porté physiquement et psychiquement le nouveau-né. La mère transmet par ses mains son soutien. Par ce maintien, elle est le support de son «Moi», c'est son appui.

Le «handling» c'est le toucher dans le toilettage, les manipulations, le soin. Par ce toucher l'enfant s'approprie son enveloppe corporelle qui va progressivement lui permettre de prendre conscience de son schéma corporel.

L'«object-presenting» signifie la représentation de l'objet. C'est la façon dont la mère va présenter l'environnement à l'enfant pour lui permettre de se l'approprier.

g-Kinesthésie [12]

Sensations du mouvement provoquées par les déplacements du corps et de ses parties.

h-Gnosie [11]

La gnosie est la reconnaissance des objets d'après leurs qualités sensorielles. Dans la reconnaissance de l'objet, on a la forme de l'objet, la représentation qu'on a de cet objet et l'interprétation que l'on va pouvoir en faire.

i-Mode haptique [12]

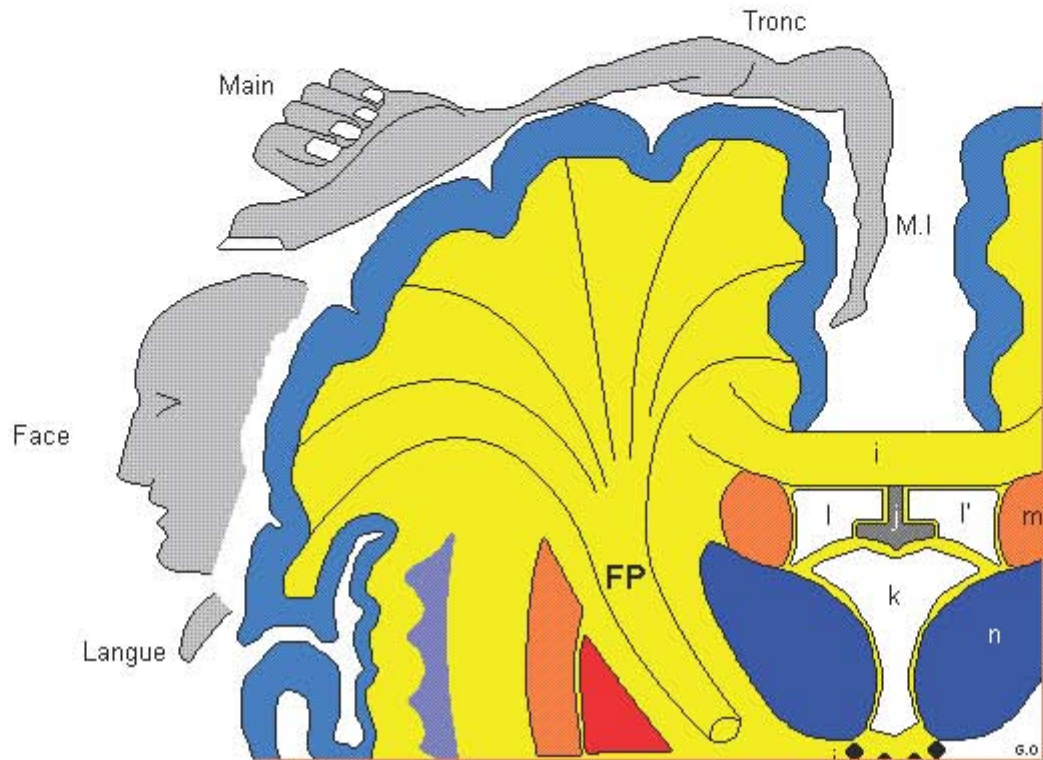
C'est l'addition des sensations cutanées et des sensations kinesthésiques.

j-Zone cérébrale [13]

[S.31]

Homunculus de Penfield

Coupe verticale de l'hémisphère cérébral.
supposée passer par la circonvolution frontale ascendante (motricité)



Notion fondamentale : La surface corticale est proportionnelle à l'importance fonctionnelle du segment corporel représenté. Ainsi le membre sup. est plus grand que le membre inf. et la main occupe une très grande surface et, plus encore, le pouce.

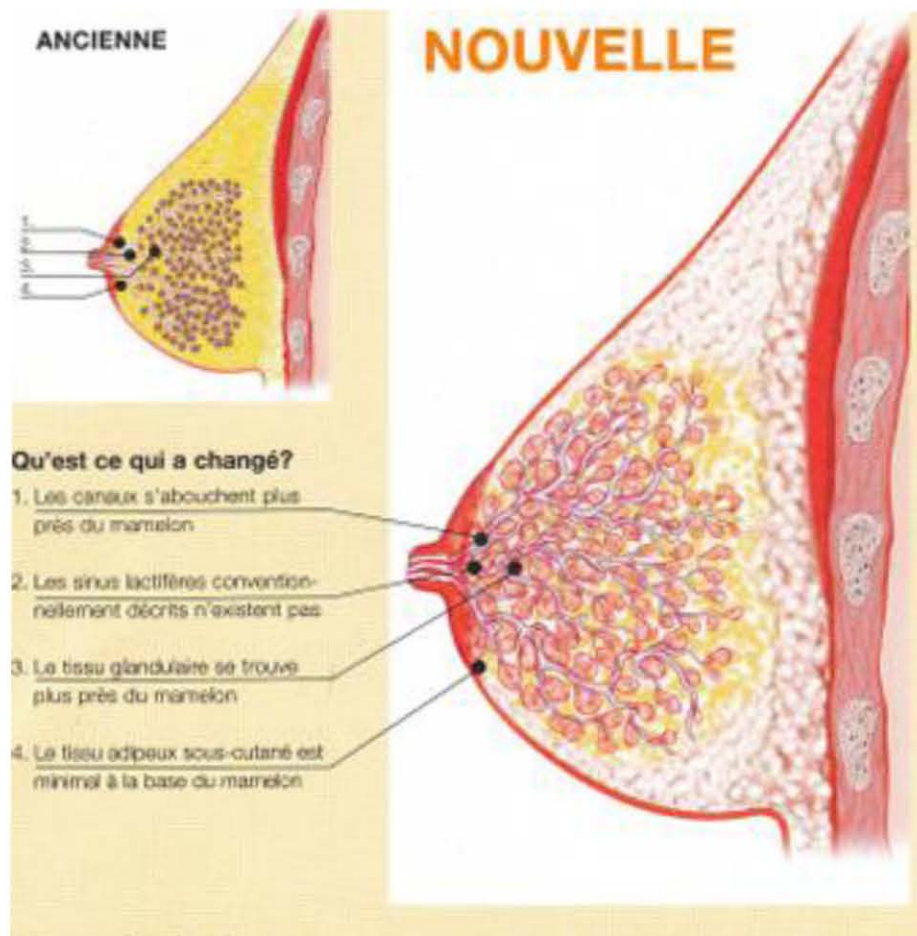
FP : Le faisceau pyramidal dans la capsule interne

k-L'engramme :[14]

Physiologiquement, l'élaboration de la mémoire dans le cerveau s'effectue par des modifications biochimiques au niveau des synapses.

l-Ectoderme[16]

Dans l'embryogénèse, le sein est issu de l'ectoderme. C'est l'un des trois feuillets qui apparaît à la troisième semaine de développement de l'embryon. Il recouvre la surface de l'embryon et va devenir les structures glandulaires comme celles de la peau et de la glande mammaire.



n-Comportement reproductif versus comportement érotique : [19]

Comportement sexuel des mammifères		Évolution	
PHYLOGÈNESE	Effets de l'évolution	Comportement de reproduction	Comportement érotique
	Espèces représentatives	Mammifères inférieurs Rongeurs	Primates hominoïdes Homo sapiens
NEUROBIOLOGIE	Facteurs neuro-biologiques innés	HORMONES PHÉROMONES Réflexes sexuels Renforcement Cognition	Hormones Phéromones Réflexes sexuels RENFORCEMENT COGNITION
	Hormones Neuromédiateurs	Hormones sexuelles (testostérone)	Opioides endogènes Dopamine
	Structures innées et cruciales	Circuit neural de la lordose (♀) et des poussées pelviennes (♂)	Circuit neural des récompenses + pénis / clitoris
	Signaux innés et primordiaux	Signal olfactif provoqué par phéromones sexuelles	Signal somatosensoriel provoqué par stimulation mécanique des zones érogènes
	Motivation	Phéromones inné	Plaisir érotique (Renforcement) acquis
	Orientation sexuelle	Hétérosexualité innée	Préférences sexuelles acquises
	Processus cognitifs	[rôle secondaire]	Culture Valeurs, Croyances, Interdits ...
COMPORTEMENT	Comportement crucial	Coït vaginal avec éjaculation pour obtenir la fécondation	Stimulations des zones les plus érogènes (et en particulier le pénis / clitoris) pour obtenir l'orgasme
	Modalités de réalisation	Un mâle et une femelle	Une ou plusieurs personne(s)
	Variabilité du comportement	Faible variabilité (variations autour du coït vaginal)	Forte variabilité (tout ce qui permet la stimulation érotique des zones érogènes)
	Finalité du comportement	Reproduction de l'espèce	Maximalisation du plaisir érotique (la reproduction est une conséquence indirecte des activités érotiques)
ANALYSES FONCTIONNELLES	Organisation biologique innée	" Instinct " (circuit neural spécifique contrôlant le comportement de reproduction)	Renforcement + zones érogènes (induisent l'apprentissage des activités érotiques principalement par conditionnement opérant)
	Dynamique comportementale	Véritable comportement de reproduction, inné	Comportement érotique, acquis potentiellement pan-sexuel

SERGE WUNSCH [19]

o-Systèmes somatosensoriel

Le cortex somatosensoriel (somesthésique) reçoit des informations provenant de la surface du corps par l'intermédiaire de neurones relais et de neurones sensitifs.

p-L'identité culturelle

Se rapporte à la perception que chacun a de lui-même en tant que personne en relation avec d'autres personnes avec lesquelles il forme un groupe social.

q-Echelle de Brazelton

L'échelle de Brazelton peut être un autre outil de transcription pour les parents en difficulté pour entrer en interaction avec leur bébé, comme des parents porteurs d'un handicap. Au fur et à mesure, le bébé avec son entourage maternel va pouvoir augmenter ses capacités de discrimination sensorielle et motrice le poussant à explorer le monde en confiance.

r-Les signes d'éveil du nouveau-né :



s-Programme PMSE

Dès la maternité, ce programme est destiné aux parents et aux soignants, pour prendre conscience des compétences effectives du nouveau-né au cours des soins quotidiens. Il est organisé en quatre secteurs : sensoriel, moteur, cognitif et émotionnel décrit par Laurence Vaivre-Douret. Cet accompagnement a pour but de verbaliser, extérioriser les échanges des parents et de leur enfant et donc ne pas influencer un comportement de surprotection. Ce programme favorise ainsi le développement d'une bonne organisation corporelle et psychique et renforce le lien entre les parents et leur enfant.

t-L'empathie

L'empathie est le fait de comprendre les émotions de l'autre sous le même angle que les ressent le patient mais sans prendre sa place. Cette situation suppose que le soignant laisse de côté ce qu'il est et ses émotions.

u-La congruence

La congruence est représentée par l'harmonie entre nos gestes, attitudes et l'environnement dans lequel on évolue.

v-Théorie de Grice

Maximes de quantité

1. Que votre contribution soit aussi informative que nécessaire.
2. Que votre contribution ne soit pas plus informative que nécessaire.

Maximes de qualité

1. Ne dites pas ce que vous croyez être faux.
2. Ne dites pas les choses pour lesquelles vous manquez de preuves.

Maxime de relation

1. Soyez pertinent.

Maximes de manière

1. Évitez de vous exprimer de façon obscure.
2. Évitez l'ambiguïté.
3. Soyez bref.
4. Soyez ordonné.

w-Code de déontologie

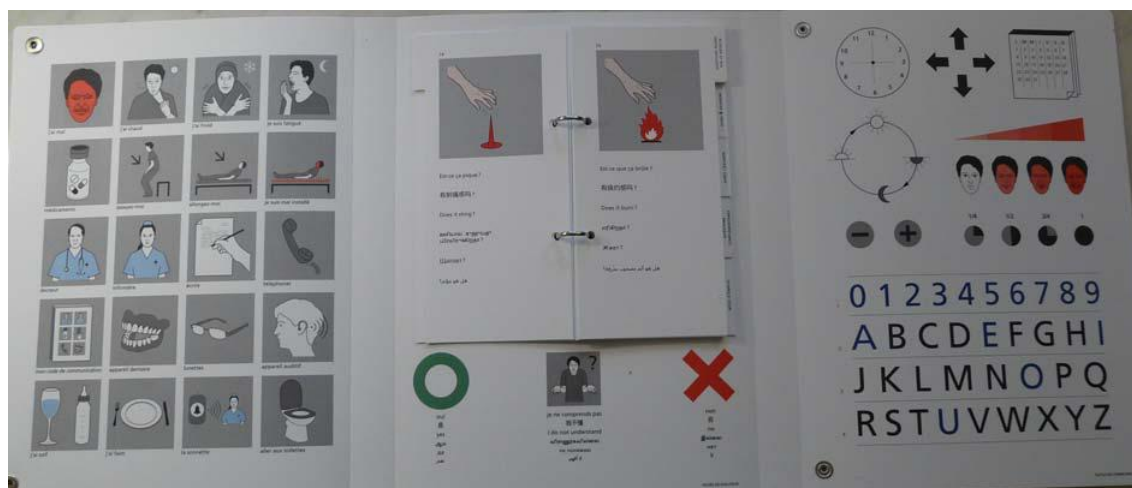
«La sage-femme doit traiter avec la même conscience toute patiente et tout nouveau-né quels que soient son origine, ses mœurs et sa situation de famille, son appartenance ou sa non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminées, son handicap ou son état de santé, sa réputation ou les sentiments qu'elle peut éprouver à son égard, et quel que soit le sexe de l'enfant».

x-Illettrisme

L'illettrisme, c'est être dans l'incapacité de lire et d'écrire après avoir eu une scolarisation.

ANNEXE II

Kit de communication



Provient de http://www.aphp.fr/documents/mission_handicap/action/photos_du_kit.pdf
dernière consultation le 12/03/11

Un schéma du livret réseau périnatal Lorrain



Disponible sur <http://www.reseauperinatallorrain.org/index.php?id=42>
consultation le 12/03/11

dernière

Un schéma du guide de l'allaitement maternel du PNNS 2010



Disponible sur
http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/0910_allaitement/Guide_allaitement_web.pdf
Dernière consultation le 12/03/11

Premiers Jours de l'allaitement

■ Signes d'une tétée efficace
Une grande partie de l'aréole est dans la bouche du bébé. Les lèvres sont retroussées vers l'extérieur, la langue sous le mamelon et sur la lèvre inférieure. Le nez et le menton touchent le sein. Maman entend bébé déglutir.



Age de bébé	1 jour	2 jours	3 jours	4 jours	5 jours	30 jours
Taille de l'estomac de bébé et quantité journalière	 Taille d'une noisette	 10 à 100 ml par jour	 Taille d'une noix	 200 ml par jour		 Taille d'un ouf 700 ml par jour
Attitude de bébé	Dort beaucoup Pleure peu Le garder près de maman pour lui proposer le sein souvent.	Prend goût au sein Demande à téter plus spontanément.	Bébé trouve cela tellement bon, qu'il en veut plus et tète parfois non stop « période Java »	Les tétées sont irrégulières mais fréquentes		Maman et bébé vont trouver le rythme qui leur convient.
Le lait maternel	Appelé Colostrum, concentré, jaune, riche en éléments nutritifs et anticorps			Le lait devient plus liquide et abondant.		Le lait mature évolue en fonction des besoins de bébé
Fréquence moyenne des tétées	de 6 à 20 tétées par 24 h. Pas de durée limitée pour une tétée. Pas de durée minimale entre deux tétées car le lait maternel est très digeste.					En moyenne, de 6 à 12 tétées par 24 h.
Nombre de couches mouillées	1 couche mouillée au moins	2 couches mouillées au moins	3 couches mouillées au moins	4 couches mouillées au moins	5 couches mouillées au moins	6 couches TRÈS mouillées au moins / 24 h.
Fréquence et couleur des selles	 Au moins 1 à 2 fois par jour, noires puis vertes foncées		 Au moins 2 à 3 fois par jour jaune d'or, avec des grumeaux.		 D'une selle à chaque tétée à une selle par jour au moins, jaune d'or avec grumeaux	
Poids de bébé	 Il est possible que bébé perde entre 5 à 7 % de son poids de naissance puis retrouve ce poids vers l'âge de 2 semaines au plus tard. Il est inutile de peser bébé avant et après la tétée.					Bébé prend au moins 20 g. par jour.



Position «Madone inversée»

■ Positions pour allaiter
Il est important pour la mère de connaître et expérimenter différentes positions en dehors de toute difficulté. Allaiter couchée pour se reposer, en madone, en madone inversée, en ballon de rugby, sont les plus classiques.

■ Compléments alimentaires
Les petites quantités de colostrum du début sont adaptées à la taille de l'estomac du bébé et suffisent à prévenir l'hypoglycémie et la déshydratation. Les bébés nés à terme, en bonne santé n'ont besoin que de téter à volonté.
(Academy of Breastfeeding Medicine, www.abfm.org)

www.info-allaitement.org

Association IPA - CERDAM
 Centre hospitalier Lyon sud - Maternité
 165 chemin du Grand Revoyet
 69310 Pierre Bénite
 04 78 42 09 16 - 06 75 81 42 53



Information
Pour
l'Allaitement

Brochure sans texte belge



Disponible sur

<http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/Healthylife/Food/TheFederalBreastFeedingCommitt/TheEuropeanActionPlan/Leafletwithouttext/index.htm?fodnlang=fr>

Dernière consultation le 12/03/11

ANNEXE III

Enquête auprès des femmes

La situation socio-démographique :

► Quel âge avez-vous ?

- ☐ <20 ans
- ☐ 20-25 ans
- ☐ 26-30 ans
- ☐ 31-35 ans
- ☐ >35 ans

► Quelle est votre nationalité ?

- ☐ Française
- ☐ autre, précisez :

► Quelle langue parlez-vous couramment ?

- ☐ français
- ☐ anglais
- ☐ allemand
- ☐ arabe
- ☐ espagnol
- ☐ langage des signes
- ☐ autre, précisez :
- ☐ lecture du braille

► Quelle est votre situation professionnelle?

- ☐ Agricultrice
- ☐ Artisan, commerçante
- ☐ Cadre (profession libérale, professeur, ingénieur,...)
- ☐ Profession intermédiaire (professeur des écoles, technicienne, contre-maître...)
- ☐ Employée de la fonction publique administrative
- ☐ Employée de commerce
- ☐ Personnel de service pour les particuliers
- ☐ Ouvrière qualifiée
- ☐ Ouvrière non qualifiée
- ☐ Etudiante, lycéenne
- ☐ A la recherche d'un emploi, si oui, quelle est votre

formation.....

► Etes-vous :

- ☐ Gauchère
- ☐ Droitière
- ☐ ambidextre

La grossesse

1 : La connaissance du corps :

► Pour vous qu'est ce que l'aréole du sein ?.....

► Pour vous qu'est ce que le mamelon du sein ?.....

2 Le sein dans ses fonctions :

► Est-ce que pour vous il y a une différence entre le sein de la femme et le sein de la mère ?

.....
.....
.....

3 L'examen et l'autopalpation des seins :

► Quand vous avez décidé d'allaiter votre enfant au sein, qu'est-ce qui a motivé votre choix ? (priorisez les réponses)

- ☐ santé, bien-être du bébé
- ☐ raisons pratiques
- ☐ établissement de la relation de la mère et du bébé
- ☐ contact peau à peau souhaité
- ☐ choix normal, habituel dans son entourage
- ☐ conforme à la famille

☐ autre : précisez.....

► Pour le suivi de votre grossesse, qui avez-vous consulté :

- ☐ une sage-femme
- ☐ un gynécologue obstétricien
- ☐ un généraliste

► Lors de vos consultations de suivi de grossesse, vous a-t-on appris comment palper vos seins ?

- ☐ oui
- ☐ non

► Pratiquez-vous l'autopalpation des seins ?

☐ oui si oui, vous sentez vous à l'aise?

.... ☐ non si non, expliquez-moi pourquoi :.....

4 Les séances de préparation à la naissance :

► Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance ?

- ☐ oui
☐ non

— Si oui, le thème de l'allaitement maternel a -t-il été abordé ?

- ☐ oui
☐ non

— Quelles informations vous ont paru importantes à ce sujet ?

.....
.....
.....

► Avez-vous pratiqué des exercices corporels lors de ces séances ?

- ☐ sur les postures antalgiques
☐ sur les postures d'accouchement
☐ sur les postures d'allaitement maternel

► Vous a-t-on proposé des exercices pratiques par rapport à l'allaitement maternel ?

- ☐ oui
☐ non

Si oui, quel(s) type(s) d'exercice(s)?

► Avez-vous rencontré une femme allaitant lors de ces séances ?

- ☐ **oui**
☐ non

► Avez-vous déjà vu un bébé au sein ?

- ☐ oui ☐ film, photo ou ☐ réel
☐ non

► Qu'en avez-vous ressenti ?

.....
.....
.....

► Avez-vous déjà porté un nourrisson (< 4 mois) ?

- ☐ oui
☐ non

► **Vous vous êtes sentie :**

- ☐ à l'aise
pas du tout _____ parfaitement
☐ en confiance
pas du tout _____ parfaitement
☐ rassurante pour l'enfant
pas du tout _____ parfaitement
☐ habile
pas du tout _____ parfaitement

La première mise au sein

► **A quel moment vous a-t-on proposé pour la première fois de mettre votre bébé au sein ?**

- ☐ en salle de naissances avant son examen
☐ en salle de naissances après son examen
☐ en maternité ou à plus de 2h de vie

► **Avez-vous reçu à ce moment des informations sur la position à prendre?**

- ☐ oui
☐ non

Si oui, lesquelles :

.....
.....
.....

► **Avez-vous eu votre enfant au peau à peau ?**

- ☐ oui
☐ non

► **Est-ce-que cela a entraîné une envie chez vous de donner le sein ?**

- ☐ oui
☐ non

► **Avez-vous repéré que cette position a entraîné une envie de téter chez l'enfant ?**

- ☐ oui
☐ non

► **Quelle position vous a -t-on proposé ?**

- ☐ assise avec le bébé sur votre avant bras
☐ allongée sur le coté.....

☐ en ballon de rugby

► De quel côté était le bébé ?

- ☐ gauche
☐ droit

► Avez-vous choisi ce côté ?

- ☐ oui
☐ non

► De quel côté vous sentez vous le plus à l'aise ?

Le séjour en maternité

► Avec quel(s) professionnel(s) de santé vous sentiez-vous le plus à l'aise pour les mises au sein ?

- ☐ la sage-femme
☐ l'auxiliaire de puériculture
☐ l'étudiant(e) sage-femme

► Que ressentez vous lorsqu'un professionnel vous touche le sein pour le mettre dans la bouche de votre enfant ?

douleur ne fait pas mal _____ très douloureux
gêne très gênant _____ pas de gêne

► Quelles positions vous a t-on appris ?.....

► Vous a t-on donné un support d'information sur les positions d'allaitement maternel ?

- ☐ oui
☐ non

Si oui lequel ?

- ☐ L'allaitement maternel, pour vous, futur parent du réseau périnatal lorrain
☐ Le guide du PNNS
☐ Le guide Evian
☐ Feuille élaborée par le service
☐ Autre....

► Le professionnel vous l'a-t-il expliqué ?

- ☐ Oui
☐ non

► **En avez-vous pris connaissance ?**

- ☐ oui
☐ non

► **Que pensez-vous des schémas sur l'allaitement maternel ?**

Explicatif	pas du tout	très explicatif
représentatif	pas du tout	très représentatif
facile à mettre en oeuvre	pas du tout	très simplement
esthétique	pas du tout	très beau

► **Comment vous sentez-vous lorsque vous devez mettre, seule, votre enfant au sein ?**

Autonome _____

► **Comment repérez vous que votre enfant a sa bouche bien positionnée sur votre sein ?**

- ☐ en le regardant
☐ en le sentant contre vous
☐ dans sa façon de téter
☐ en touchant sa bouche avec votre doigt
☐ en l'écoutant

► **Comment repérez vous que votre enfant est bien positionné au sein ?**

- ☐ En le regardant
☐ en le sentant contre vous
☐ dans sa façon de téter
☐ en le touchant

► **Quels sont vos repères visuels pour savoir que votre bébé est bien positionné au sein ?**

.....
.....

► **Quels sont vos repères tactiles pour savoir que votre bébé est bien positionné au sein ?**

.....
.....

► Quels sont vos repères visuels pour savoir que votre bébé tète efficacement ?

.....
.....

► Quels sont vos repères tactiles pour savoir que votre bébé tète efficacement ?

.....
.....

► Que remarquez-vous sur son comportement lorsqu'il a faim ?

.....
.....

► Que remarquez-vous sur son comportement lorsqu'il a bien mangé ?

.....
.....

► Avez-vous d'autres informations sur les compétences du nouveau-né ?

.....
.....
.....

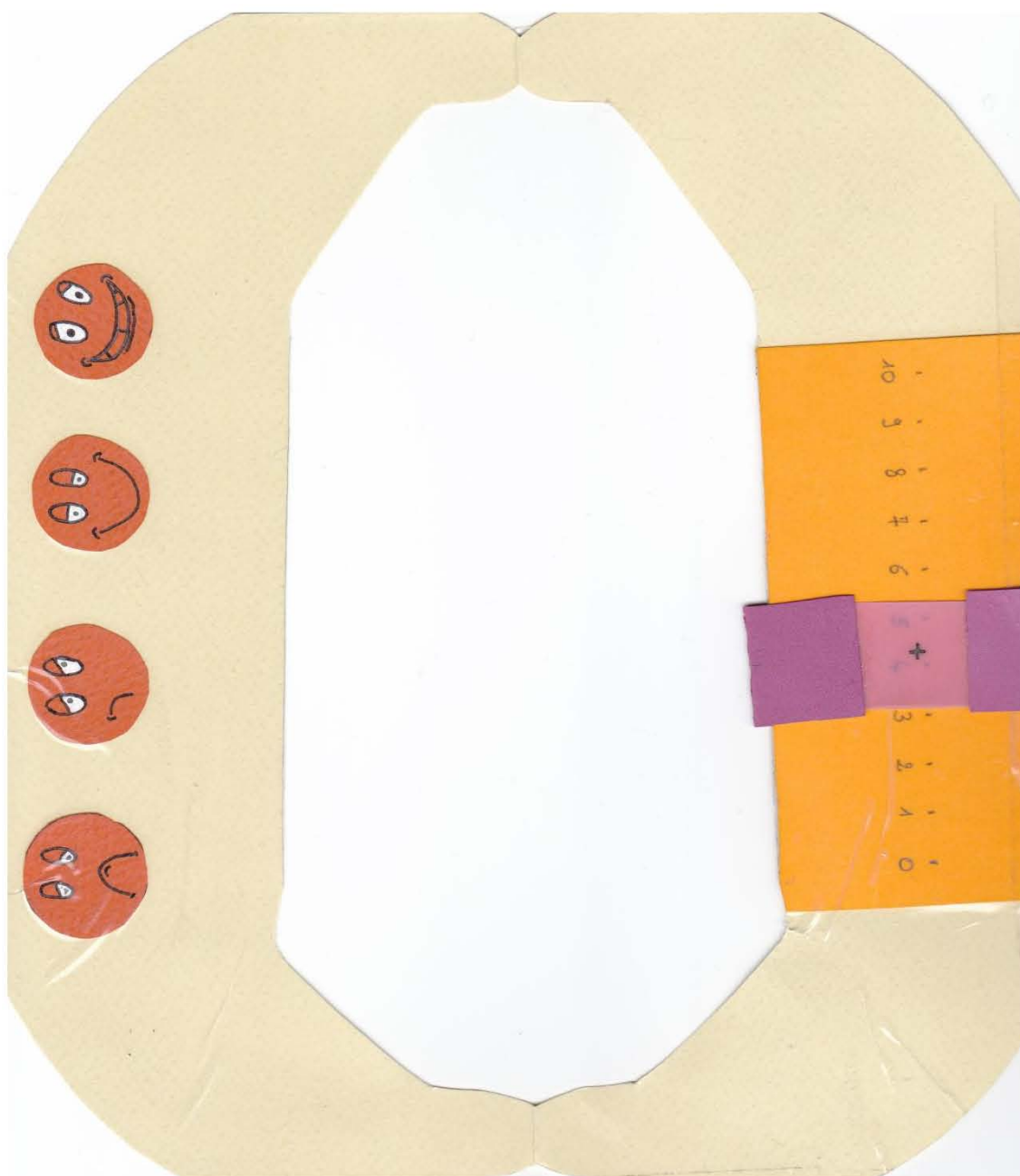
► Comment stimulez-vous votre bébé pendant la tétée ?

.....
.....
.....

► Quels types d'informations auriez-vous souhaité avoir pour la mise au sein ?

.....
.....
.....

ANNEXE IV



ANNEXE V

Fiche synthèse

Déficiences sensorielles

La communication tacto-chimique et sonore joue un rôle primordial dans le maintien du comportement maternel définitif. Cela est dû à la stimulation de la mémoire par des neurohormones (noradrénergique et bêta adrénergique) pendant 4 heures, que les mères soient aveugles ou sourdes. L'allaitement maternel va donc être une occasion d'avoir un mode privilégié avec son bébé pour les mères souffrant de handicaps sensoriels.

Déficience auditive [38]

La loi du 11 février 2005 annonce que la langue des signes est une langue à part entière. Pour communiquer avec une personne sourde une attitude de communication est conseillée pour un meilleur établissement de la relation. Il faut parler à voix normale bien en face de la personne pour qu'elle puisse voir le visage. Ce comportement évite les parasites dans la communication. Ensuite pour une compréhension de qualité, les phrases courtes et simples sont conseillées. De même il est impératif de faire des gestes accentués et bien articuler. Mettre à disposition des outils pédagogiques et d'autres technologiques appuient la compréhension du message.

Enfin, des interprètes de cette langue existent mais dans le cadre de l'allaitement maternel qui est une situation intime de soin, cela peut perturber la relation.

Déficience visuelle [39], [40]

Les mères souffrant d'un handicap visuel nécessitent une prise en charge personnalisée avec des professionnels connaissant les modalités de communication avec cette personne.

La préparation à la naissance et à la parentalité pour ces futurs parents singuliers est d'autant plus importante, que souvent la pression familiale peut être un frein à leur futur rôle. C'est pourquoi tisser un lien de confiance dès la grossesse et en dehors du suivi médical permet de soutenir et d'élever ces parents vers une autonomie prochaine. La

cécité entraîne un sentiment de perte et de difficulté d'adaptation aux situations nouvelles. Encourager et soutenir l'estime de soi est indispensable. Le professionnel doit valoriser les autres modalités entre la mère et son bébé.

L'allaitement maternel proposé à ces femmes peut bénéficier d'un parcours spécifique avec une sage-femme. Ceci s'inscrit dans le cadre des séances de préparation à la naissance. Lors d'une étude menée sur 43 femmes à l'hôpital franco-britannique de Levallois-Perret, les femmes voyantes elles-mêmes demandent plus de supports et d'informations sur l'allaitement au sein. On conviendra donc que pour les femmes handicapées visuelles les supports sont un outil indispensable. Quelques notions de bases sont importantes pour optimiser une communication de bonne qualité.

Un vocabulaire habituel peut être utilisé et sans parler plus fort. Lorsque l'on s'adresse à la personne, la nommer apporte l'intention de communiquer. Expliquer tout ce que l'on fait avec elle ou pour elle dans son environnement.

Aller à la rencontre de la patiente lorsqu'elle entre dans une pièce inconnue et lui toucher le coude pour l'alerter de votre présence.

Tenir compte de l'environnement où l'échange se fait évite les parasites dans la communication. Un aménagement sécuritaire des lieux est facilitant.

Les chaises doivent être placées sous une table. Les portes doivent être, soit complètement fermées, soit complètement ouvertes. Les lieux sont découverts avec la patiente en lui faisant toucher le mobilier, lui expliquer et convenir avec elle du rangement.

Les pathologies psychiatriques [41]

Les enjeux de la communication avec des mères atteintes de troubles psychiques dépendent du type de trouble et de son intensité. En effet, les situations et les interrogations du soignant et du soigné sont très différentes selon les pathologies ce qui peut modifier l'intercompréhension. Par exemple une personne présentant un état dépressif majeur va avoir une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, un sentiment de dévalorisation, ou de culpabilité excessive, ainsi qu'une diminution à penser ou à se concentrer ou sera indécise. Ces différents symptômes seront autant de biais dans une prise en charge de la patiente. Cependant, la communication pourra se faire plus aisément que si cette femme était atteinte de schizophrénie. Les idées

délirantes, les hallucinations, le discours désorganisé, le comportement grossièrement perturbé, ainsi que des symptômes négatifs tels l'émoussement affectif représentent des obstacles aux bases communicationnelles et à l'attitude empathique des soignants.

Pour Grice, un minimum d'effort coopératif est fait lors d'un échange conversationnel entre un locuteur et un destinataire. En effet, un minimum d'entente et le respect de règles communes sont essentiels. Grice détaille ce principe par quatre catégories de **maximes dites “conversationnelles”**^v: Une distorsion au niveau du message peut avoir lieu si on ne parle pas la même langue.

RESUME

Allaiter est une expérience corporelle et sensorielle unique dans la vie d'une femme.

Le séjour en maternité est un temps précieux dans la transmission du savoir pour allaiter. L'art de la sage-femme réside dans ses compétences à prendre en charge une mère et son nouveau-né quelque soit son origine, sa culture, son handicap et son état de santé.

L'objectif de l'étude est l'analyse de l'intégration des repères sensoriels dans l'allaitement maternel. Pour cela, une étude qualitative a retracé le parcours des femmes primo-allaitantes de leur grossesse au dernier jour de leur séjour en maternité.

Les résultats sont de plusieurs ordres : les supports écrits ne sont pas accessibles à toutes les femmes. Elles ont développé une association de compétences tactiles et visuelles.

Images, éducation sexuelle, dialogues, exercices corporels sont des outils qui pourraient aider la sage-femme à émanciper un large panel de femmes dans leur fonction maternelle.