

**ENTRE ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF
ET ALIMENTATION ARTIFICIELLE,
L'ALLAITEMENT INDETERMINE
est une autre voie pour les mères non allaitantes.**

Résumé :

Aujourd'hui, alors que les freins à l'allaitement ont été identifiés, que les bénéfices de l'allaitement sont connus des mères, que la première tétée en salle de naissance est bien accueillie, nous continuons d'enfermer les mères dans un choix binaire : allaiter ou ne pas allaiter. Noir ou blanc.

Le gris fait peur, il risque de ressusciter l'idée d'un allaitement mixte possible alors qu'il conduit au sevrage. Le gris risque, aussi, de donner carte blanche à la distribution de compléments (recommandation de l'OMS pour la réussite de l'allaitement encore difficilement appliquée en maternité).

Mais le gris est prévu dans les critères de l'IHAB, il est stipulé que les compléments ne peuvent être donnés que sur *indication médicale ou décision éclairée de la mère*. L'IHAB met en avant la nécessité d'informer préalablement les mères et de leur laisser le pouvoir de décision. Nous nous sommes donc appuyés sur ce principe : « nous informons, elles décident ».

Dans le cadre d'une étude de cas, nous avons proposé à des mères qui ne voulaient pas allaiter mais favorables à la première tétée, une période d'allaitement indéterminé où l'alternance biberon et sein était permise. Ces mères ont abordé la première tétée non pas comme une expérience orpheline mais comme la porte d'entrée possible vers un allaitement si toute fois on ne les obligeait pas à allaiter exclusivement. A la suite de la première tétée, certaines n'ont donné que des biberons de préparation lactée, d'autres ont allaité exclusivement. Un troisième groupe a donné à la fois des biberons de préparation lactée et le sein en vue d'un sevrage.

Dans cette étude nous avons défini un cadre respectueux des mères et protecteur de l'allaitement car l'objectif n'est pas de convaincre les mères mais de leur donner plus de liberté.

REMERCIEMENTS

Merci à toutes les futures mamans qui ont accueilli favorablement cette proposition originale d'allaitement bien qu'elle bousculait leurs prévisions, je les remercie tout particulièrement de la confiance qu'elles m'ont accordée.

Merci à toutes mes collègues et amies professionnelles de santé qui m'ont fortement encouragée à mener à terme cette étude. Merci pour tous les échanges que ce projet a suscité et qui ont enrichi ce travail.

Merci à Sylvie Balmer, notre formatrice à l'ACLP (Association des consultants en lactation professionnels de santé) pour son soutien indéfectible.

Abréviations utilisées

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébé

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé

AM : allaitement maternel

AME : allaitement maternel exclusif

AA : alimentation artificielle

A Ind : allaitement indéterminé

PLPN : préparation lactée pour nourrissons

DAL : dispositif d'aide à l'allaitement

Mots clés :

Allaitement

Allaitement partiel

Sevrage

PLAN

I. INTRODUCTION	Page 4
I. CONSTATS	Page 5
1. Définir les modes d'allaitement	
2. Au nom de la liberté de choix	Page 6
3. Un choix qui n'est pas libre	Page 7
4. Un frein psychologique difficile à appréhender	
a. La pudeur	
b. Le sein narcissique	
c. Un manque de confiance en soi	
d. La peur de ce contact intime	
III. HYPOTHESE	Page 8
IV. EXPERIMENTATION	Page 8
1. La meilleure approche	
a. Abandonner nos propres motivations	
b. Bien formuler la question	
c. Accueillir la réponse	Page 9
d. Parler de la première tétée	
e. Proposer l'allaitement indéterminé	
2. Mise en place de l'allaitement indéterminé	Page 10
a. Un projet maternel	
b. Un protocole maternité	Page 11
V. ETUDE DE CAS	Page 12
1. La population	
2. Résultats de cette étude	
3. L'allaitement indéterminé a-t-il modifié le projet initial ?	Page 13
4. L'allaitement indéterminé conduit-il au sevrage ?	
5. Qu'en est-il de la douleur de la montée de lait ?	
6. Quelles ont été les difficultés rencontrées ?	
7. Quels bénéfices pour les mères ?	Page 14
VI. DISCUSSION	Page 15
1. Une population non représentative	
2. Un dilemme	

I. INTRODUCTION :

Aujourd'hui, le choix de l'alimentation du nouveau né tel qu'il est présenté aux mères est : allaiter ou ne pas allaiter. La combinaison d'un allaitement et d'une alimentation artificielle n'est pas recommandée en maternité. Certes, seul l'allaitement maternel exclusif permet d'assurer à bébé suffisamment de lait, de stimuler le démarrage de la lactation et d'entretenir la sécrétion lactée (1). Mais donner plus de souplesse aux mères qui ont choisi l'alimentation artificielle, leur permettrait-elles d'envisager une expérience d'allaitement ? Sont-elles réceptives à une autre proposition intermédiaire entre l'allaitement maternel exclusif (AME) et l'alimentation artificielle (AA) ? C'est ce que cette étude a cherché à mettre en évidence. Cette autre voie, baptisée « allaitement indéterminé » est strictement réservée aux mères non allaitantes et se déroule sur la première semaine de maternité. A la fin de la première semaine, le choix s'impose de lui-même.

Cependant proposer aux mères favorables à l'alimentation artificielle de donner parfois le sein nécessite une réflexion profonde. La mise en place de l'allaitement indéterminé ressemble fort à un numéro d'équilibriste. Il sera très surveillé d'un côté par les défenseurs de la liberté de choix et de l'autre par les protecteurs de l'allaitement qui craignent de voir ressurgir l'allaitement mixte longtemps combattu. Conscients de ces risques, nous avancerons en prenant la précaution de définir une approche respectueuse des mères et un cadre pour la mise en place de l'allaitement indéterminé.

II. CONSTATS

1. Définir les « modes » d'allaitement :

Autant définir l'allaitement maternel exclusif est aisé, autant la confusion entre allaitement partiel et allaitement mixte est fréquente :

- *L'allaitement maternel est exclusif lorsque le nouveau né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel (2) directement au sein ou par l'intermédiaire de tout autre dispositif.*
- *L'allaitement est partiel lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait (2).*
- L'allaitement mixte n'est pas défini, c'est une originalité très française qui apparaît dans les traités de puériculture du XIX siècle.

Nous pouvons, cependant, dégager les principales différences et les points communs entre l'allaitement partiel et l'allaitement mixte:

Tout d'abord, l'allaitement partiel fait suite à un souhait d'allaitement maternel alors que l'allaitement mixte est souvent énoncé comme projet en soi.

L'allaitement partiel est un allaitement maternel avec accès libre de l'enfant au sein, et des compléments (3). Ces compléments sont donnés en plus des tétées et non à la place des tétées. C'est le point de scission avec l'allaitement mixte où les mères cherchent à remplacer des tétées par des compléments de substituts de lait.

Selon les recommandations de l'OMS, l'allaitement partiel en maternité ne doit se faire que sur indication médicale car il conduit au sevrage(4). Bien évidemment il en est de même avec l'allaitement mixte. C'est la loi de l'offre et de la demande.

2. Au nom de la liberté de choix :

En prénatal, les mères subissent une pression sociale en faveur de l'allaitement (famille, amis et professionnels). C'est ce que dénonce Elisabeth Badinter : « *On parle de moins en moins de droit et de plus en plus de devoir* »(5). Dans ce contexte, on peut se demander si proposer un période d'allaitement indéterminé correspondra aux attentes des mères ou si cela viendra renforcer un sentiment de devoir.

En fait, les mères sont partagées entre l'envie de donner le meilleur à leur enfant et leur décision de ne pas allaiter. En 2000, une enquête révélait que 75% des mères aimeraient allaiter quelques semaines et que 25% d'entre elles renonçaient à leur projet sans même essayer (6). Cette enquête met en évidence l'ambivalence des mères face au choix du mode d'alimentation de leur enfant.

3. Un choix qui n'est pas libre :

L'AM apparaît comme *un acte individuel, engageant la relation mère-enfant* mais c'est avant tout un acte qui s'inscrit dans un contexte familial et culturel (7). Grandir entourées de femmes allaitantes permet d'intégrer que le sein a une fonction nourricière avant d'envisager qu'il puisse être aussi objet de plaisir, de désir. Aussi dans certains pays où le taux d'allaitement est supérieur à 90%, les femmes n'envisagent pas de faire autrement. Paradoxalement en France, le sein nourricier est caché alors que le sein érotique s'expose(8). Est-ce la conséquence indirecte ? Notre taux d'allaitement en maternité reste le plus bas d'Europe (9) malgré une forte augmentation ces 10 dernières années.

Nous savons que l'allaitement est fortement corrélé au niveau d'études et au milieu social : 80% des cadres allaitent contre 46% chez les ouvrières qualifiées (10)

La sociologue Severine Gojard apporte un éclairage en déterminant 2 modèles d'allaitement :

- Un modèle savant sensible aux discours sur les bénéfices de l'allaitement. Ce public a été sensibilisé par les récentes campagnes d'allaitement et profite d'un effet « boule de neige », plus il y a de mamans allaitantes autour d'elles plus elles sont nombreuses à allaiter.
- Et un modèle familial où la transmission d'un savoir faire de mère en fille influence fortement la décision en faveur du sein comme du biberon (7)

L'influence socio culturelle est évidente mais derrière toutes les raisons données par les mères en faveur de l'alimentation artificielle se cachent peut-être des barrières psychologiques infranchissables.

4. Un frein psychologique difficile à appréhender.

a. La pudeur :

Une étude sociologique de 2003 met en évidence que la pudeur est un frein à l'allaitement pour 26% des mères (11). La pudeur est un phénomène normal, elle *est l'indice d'une juste acclimatation de la personne à la mentalité collective. Bien ajustée, elle ne censure ni le désir, ni le plaisir. Elle permet à la femme de se dévoiler selon sa propre limite* (12). La pudeur est donc d'origine psychologique et culturelle. Mais comme dans la sexualité, la pudeur peut évoluer avec l'expérience(12).

b. Le sein narcissique :

En plus de la pudeur vient s'ajouter l'image que la femme a de sa propre poitrine, conforme ou non-conforme. Ce jeu du miroir, appelé aussi sein narcissique se met en place au cours de l'adolescence (8).

c. Un manque de confiance en soi :

Dans ce grand bouleversement qu'est l'arrivée d'un enfant, la confiance en soi n'est pas un phénomène inné. Donner le biberon peut sécuriser la future maman. Le biberon permet de contrôler les quantités ingérées. 52% des mères trouvent l'alimentation artificielle plus pratique. Parfois c'est la peur d'assurer seule la survie de l'enfant (13) qui oriente inconsciemment la décision. Cette nouvelle responsabilité effraie, souvent elles demandent à la partager avec le futur père.

d. La peur de ce contact intime :

Avant même de découvrir le contact du bébé au sein, 26% des mères ont déjà peur de la douleur. Derrière cette idée de la douleur peut se cacher une peur d'un contact « trop » intime avec parfois une éventuelle confusion entre plaisir sensuel et le plaisir de l'enfant au sein. Winicott va plus loin, selon lui, *le biberon représente une barrière entre la mère et l'enfant* comme une protection contre la peur d'une fusion envahissante (14). Ainsi donner son propre lait mais dans un biberon est quelque fois envisagé.

Il y a les raisons conscientes et les raisons inconscientes. Mais est-ce immuable ? Bon nombre de mères accueillent volontiers l'idée d'une première tétée en salle de naissance. Dans la maternité de Lons-le-Saunier labellisée « Hôpital ami des bébés » *95% des nouveaux nés qui passent dans les bras de leur mère à la naissance, ont droit à la première tétée indépendamment du choix qui sera fait en suite (15)*. Elles acceptent la première tétée mais elles n'adhèrent pas pour autant aux principes de l'AME, trop contraignant à leurs yeux.

III. HYPOTHESE :

L'idée est donc de prolonger cette expérience de la première tétée sans chercher à les amener à un AME. Imaginer que dès la première semaine elles puissent donner le biberon et le sein comme elles le souhaitent, même si cela doit les conduire vers le sevrage.

Pour la réussite d'un AM il faut tout mettre en œuvre pour éviter de donner des compléments mais rien n'empêche une maman qui ne veut pas allaiter de donner parfois le sein dans la mesure où elle ne prend pas de traitement pour stopper la lactation.

IV. EXPERIMENTATION

1. Définir la meilleure approche : 5 étapes

a. Abandonner nos propres motivations

L'étape la plus déterminante dans la mise en place cet A Ind est l'approche. Nous devons nous interroger sur notre position de soignant. Nous nous trouvons *à la croisée entre les enjeux de santé publique et l'accompagnement à la parentalité (16)*. Abandonner nos propres motivations permet de développer une attitude d'écoute et de respect, loin de tout prosélytisme.

b. Bien formuler la question

« Est-ce que vous voulez allaiter ? » est la formule la plus souvent utilisée mais c'est une question trop fermée et déjà orientée. Elle est en contradiction avec ce que nous voulons laisser paraître, à savoir notre capacité à accueillir la réponse quelle qu'elle soit. « Comment souhaitez-vous nourrir votre bébé ? » nous paraît donc plus approprié.

c. Accueillir la réponse

Quand le choix est clairement en faveur du biberon, mieux vaut reconnaître ce choix comme le meilleur pour elles et ne pas chercher à en connaître les raisons. En leur évitant de se justifier, nous changeons déjà notre approche.

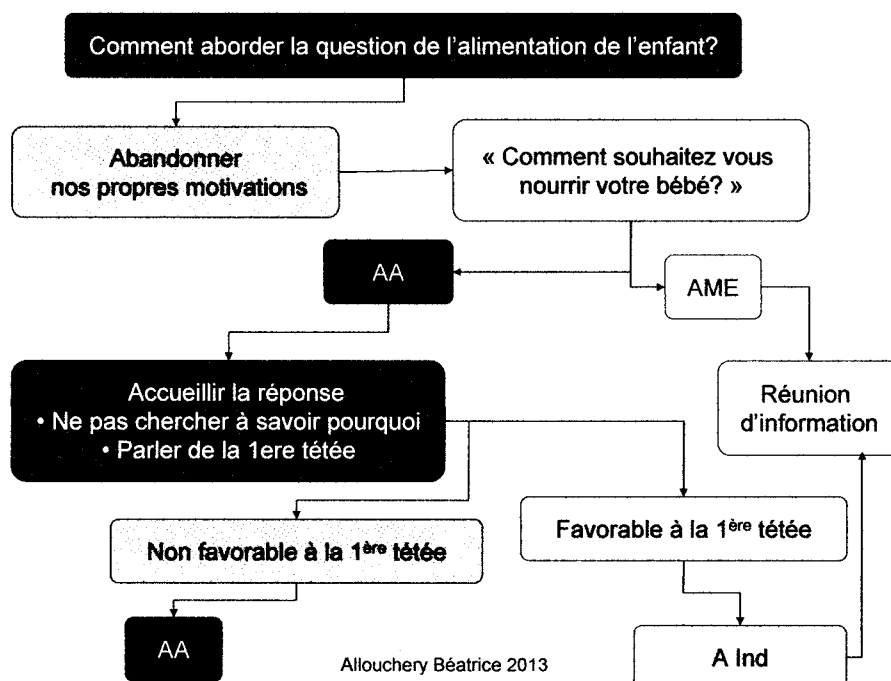
d. Parler de la première tétée

Les mères ont souvent entendu parler de l'accueil de bébé en « peau à peau » en salle de naissance, parfois même elles savent que l'on peut proposer une première tétée.

- Si elle n'est pas favorable à la première tétée, mieux vaut conforter ce choix.
- Si elle est favorable à la première tétée on peut continuer en présentant l'A Ind.

e. Proposer l'A Ind

C'est important de les rassurer sur nos motivations; nous n'avons pas l'intention de les faire changer d'avis. Elles ont fait leur choix à partir d'une proposition binaire : « allaiter ou ne pas allaiter ». Nous pouvons leur donner plus de la souplesse afin qu'elles découvrent les compétences de leur enfant et ce contact du bébé au sein sans pour autant les contraindre à un AME. Nous avons une troisième proposition entre le « tout allaitement » et le « tout biberon de lait artificiel ». Pour elles, « sein et biberon » ce sera possible. On propose, elles disposent.



2. Mise en place de l'allaitement indéterminé

Lors de cette expérimentation, nous avons défini un cadre comprenant un volet maternel et un volet professionnel.

a. Un projet maternel

Elaborer son propre projet d'alimentation et le porter à la connaissance des professionnels de santé de la maternité peut paraître compliqué pour certaines mères aussi nous avons mis à leur disposition un projet type (ci-joint). Ce projet écrit met en avant ses attentes et ses connaissances pour une prise en charge optimale en maternité.

Ses attentes : Elle souhaite ne pas prendre de décision et favoriser l'expérience personnelle. Pour cela, elle doit se sentir libre de donner le biberon ou le sein à sa guise.

Ses connaissances : L'information reçue en prénatal est la clé de la réussite, elle permet de donner à la maman plus d'autonomie en post natal. Toute future mère doit connaître les conditions de réussite d'un AM et les risques de l'A Ind.

Ce qu'elle doit savoir :

- Un enfant qui boit au biberon peut refuser le sein car il existe souvent une préférence pour le biberon. De plus, pour téter, une bonne dépression buccale et une succion efficace sont nécessaires.
- L'introduction de PLPN conduit au sevrage car la quantité de lait produite est directement liée à la quantité de lait prélevée. De même, plus les tétées sont espacées, plus la vitesse de production est lente. La stase lactée ou engorgement fait aussi baisser la production de lait.
- Pour donner un complément de lait, il existe d'autres solutions que le biberon (tasse, doigt-paille, DAL).
- Il est possible de recueillir du lait maternel par expression manuelle, avec un tire-lait manuel ou électrique.
- Il existe des solutions pour soulager la tension mammaire (le froid, les antalgiques, l'homéopathie...). L'extraction de lait par la tétée ou un tire lait est possible.
- A tout moment, il est possible d'arrêter l'allaitement comme d'aller vers l'AME. Une relactation peut être envisagée en prenant contact avec un professionnel spécialisé dans l'allaitement.
- L'A Ind évite l'usage des médicaments supprimeurs de la lactation.

b. Protocole maternité

Etablir un protocole en maternité doit permettre de réfléchir sur les pratiques. Pour la réussite de l'AM, l'OMS recommande, pendant le séjour en maternité, de « *ne donner au nourrisson allaité aucun aliment ou boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale* » (4). Cette recommandation est encore aujourd'hui difficilement appliquée dans les maternités. La mise en place de l'A Ind soulève un dilemme : offrir de la souplesse aux mères sans encourager l'usage des compléments dans la conduite de l'AME. .

Notons qu'un des critères de l'auto évaluation de l'IHAB précise : « *sauf indication médicale ou décision éclairée de sa mère...Le personnel soignant informe la mère allaitante qui veut donner un complément à son bébé des risques de cette pratique, de façon à ce qu'elle prenne une décision éclairée* ». L'auto évaluation des pratiques selon l'IHAB pourrait donc servir de préalable à l'A Ind (17).

Mais faut-il pour autant opposer l'allaitement partiel et l'AME ? Dans une étude sur « *allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité* », comparant les 2 modes d'allaitement selon les régions (18), on remarque que les régions ayant un fort taux d'AME ont aussi un fort taux d'allaitement partiel et vis versa. La souplesse lèverait donc certains freins à l'allaitement mais nous savons qu'elle est un obstacle à la durée de l'allaitement.

Nous avons élaboré des recommandations pour la pratique de l'A Ind en maternité :

- Réserver l'A Ind uniquement aux mères qui ne souhaitent pas allaiter et favorables à la première tétée.
- Donner une information en prénatal.
- En maternité, identifier clairement les différents projets: AME, AA, A Ind.
- Respecter la pudeur. Aider à la mise au sein en gardant une juste distance.
- Mettre à disposition dans la chambre des biberons de PLPN et de laisser la mère choisir à chaque instant entre le biberon ou le sein.

V. ETUDE DE CAS

1. La population :

Cette étude porte sur 7 mamans, primipares ayant une grossesse normale. Lors de l'entretien prénatal, elles ont exprimé clairement leur souhait de nourrir leur enfant au biberon. En suivant l'approche prédéfinie, nous avons sélectionné des mamans favorables à la première tétée, leur avons présenté l'A Ind, elles ont toutes accepté de participer à une séance d'information sur l'alimentation de l'enfant et sur les différences entre le sein et le biberon.

2. Résultats de cette étude

	Souhait exprimé	1ère tétée	Mode d'allaitement: AME	Sevrage	Difficultés? Vécu?
A Maman de Lubin	AA	Oui	AP = Bib PPN + tétées en nombre décroissant sur 5 jours	Décision de la mère	Satisfaite AM 2ème enfant
B Maman de Nolhan	AA	Oui	AP = Bib PPN + tétées 10 jours	Insuffisance lactée	Satisfaite Pense faire idem pour 2ème
C Maman d' Abbygaël	AA	OUI oui	AP = 11 jours avec tétées + 2 bib PPN par jour	BB Refuse de téter	Forçage à la maternité pour AME
D Maman de Zoé	AA	Oui		Arrêt brutal AME Contrariété	Frustration de ne pouvoir continuer
E Maman d'Antoine	AA	Oui		APartiel sur 15 jours Sevrage/ reprise du travail	Grande satisfaction/ place de mère
F Maman de Théa	AA	Oui oui	AA = Pas de 1 ^{ère} tétée, maman épuisée 1 biberon de lait maternel	Pas de bromokin A tire 140ml pour se soulager de la tension des seins	
G Maman de Silia	AA	Oui, oui	AA = échec 1ère tétée	Pas de bromokin anémie	

Allouchery Béatrice 2013

24

Le nombre d'AME est de 2 sur 7 mamans

Le nombre d'AA= 2 / 7

Le nombre d'A Partiel = 3 / 7

3. L'A Ind a-t-il modifié le projet initial ?

L'expérience de la première tétée a été déterminante dans le choix du mode d'alimentation. Quand le nouveau né ou la mère n'étaient pas dans de bonnes dispositions au moment de la première tétée (*F G*) le nouveau né a été alimenté avec des PLPN. Quand la première tétée était réussie, ces mères ont envisagé un allaitement. Certaines mamans ont proposé le sein et le biberon en fonction des circonstances et ce, jusqu'au sevrage (*A B C*). D'autres, découvrant les compétences de leur bébé, se sont orientées vers un AME (*D E*):

- l'une (*D*) en donnant parfois son propre lait au biberon pour que le papa puisse prendre le relais, pour se rassurer sur les quantités prises, ou par pudeur.

- l'autre maman (*E*) n'a utilisé aucun des biberons présents dans sa table de nuit et a allaité exclusivement pendant 2 mois et demi.

- la maman de Lubin (*A*) qui a fait parti de cette étude pour son premier enfant a allaité exclusivement son 2^{ème} enfant.

Cette expérience a permis a des mamans qui avaient choisi l'AA, plus par sécurité que par conviction, de faire un choix en fonction des circonstances.

4. L'A Ind conduit-il au sevrage?

L'allaitement partiel ou mixte conduit au sevrage. Cette décision s'est faite parfois selon volonté de la maman (*A*), par insuffisance lactée (*B*) ou par refus du sein (*C*). Toutes ces mamans ont été satisfaites d'avoir fait bien plus qu'elles n'avaient imaginé en prénatal.

5. Qu'en est-il de la douleur de la montée de lait ?

Les mamans ont contourné le problème de la tension des seins soit en utilisant un tire lait pour une des mamans non allaitantes (*F*) ou les compétences de leur enfant pour les mamans qui allaitaient partiellement.

L'information en prénatal permet aux mamans de gérer à leur façon cette tension mammaire. L'A Ind élargit l'offre de solutions tout en respectant la liberté des mères. Nous informons, elles décident.

6. Quelles ont été les difficultés rencontrées ?

Ces mamans n'ont pas eu de crevasses. Bien informées, elles ont pu être vigilantes à la bonne prise du sein (*E*) ou proposer un biberon quand les conditions ne leur paraissaient pas optimales (*A B D*).

Pour certaines, l'obstacle de la pudeur a pu être contourné en proposant un biberon de lait préalablement tiré (D) ou un complément de PLPN (A B). D'autres ont tout naturellement dépassé la peur de se dévoiler (E).

Les seules difficultés rencontrées viennent d'une incompréhension avec certains professionnels de santé. En prénatal, ces mères ont été surprises par la proposition et craignaient de ne pas avoir le soutien des professionnels de maternité. Elles ont majoritairement été bien accompagnées, il n'y a eu que 2 situations plus délicates. Dans un cas, le protocole a été insuffisamment expliqué aux professionnels, la maman (C) n'a pu obtenir des biberons de PLPN dans sa table de nuit, elle a ressenti une forte pression à allaiter au point d'envisager un sevrage complet. Dans l'autre cas, l'option de « tire-allaiter » (D) n'a pas été encouragée par le professionnel et son intervention a conduit à une perte de confiance et au sevrage brutal.

Ces mères qui adoptent l'A Ind ont besoin plus que d'autres d'être soutenues. Elles attendent des professionnels à la fois, un accompagnement mais aussi la garantie d'une grande autonomie. L'information des mères en prénatal est essentielle pour acquérir cette autonomie. L'information des professionnels de santé sera aussi un élément décisif dans l'accompagnement de cet A Ind.

7. Quels bénéfices pour les mères ?

Ces mères dont l'expérience s'est arrêtée à la première tétée avaient jusqu'au bout laissé la porte entrouverte à l'allaitement, il en a été autrement indépendamment de leur décision. Cela leur a permis de balayer le sentiment de culpabilité à ne pas allaiter.

Les mères qui ont passé avec succès l'étape de la première tétée ont été satisfaites de ce programme. L'une d'elles parle de découverte : « *je n'aurais jamais imaginé apprécier autant l'allaitement et sans ce programme je ne l'aurais jamais découvert.* »(A), elle a allaité exclusivement son 2^{ème} enfant. Une autre évoque des moments d'intimité « *un très bon souvenir de ces moments de partage et de complicité* »(B).

Pour la maman d'Antoine, l'allaitement a été salvateur : « *comme le lien de la mère qui porte son enfant, celui de la mère qui allaite son enfant est tout aussi privilégié et il est apparu, pour moi, nécessaire pour me construire en tant que mère et m'épanouir dans mon nouveau rôle* ». Elle associe la réussite de son allaitement à un rempart contre la dépression.

Même si la maman de Zoé exprime sa déception par rapport au sevrage brutal, elle est satisfaite d'avoir dépassé ses propres freins et d'avoir pu offrir « *le meilleur des laits à son enfant.* »

Pour ces mères, allaiter un peu leur a permis de développer un sentiment d'auto satisfaction en plus de les déculpabiliser.

VI. DISCUSSION

1. Une population non représentative

La population reçue dans ce cabinet de sage femme est issue des classes moyennes. Elles ne bénéficient pas toutes d'un environnement de mamans allaitantes mais ont été sensibilisées par les discours en faveur de l'allaitement. L'allaitement indéterminé recevrait-il le même accueil dans un milieu plus modeste où le choix est fortement influencé par la transmission mère-fille? Une étude plus large serait nécessaire.

2. Un dilemme

Permettre à des mères non allaitantes de donner le sein en plus ou à la place du biberon est-ce encourager le retour de l'allaitement mixte? Nous savons que la nuance est ténue. Cependant, sans ce programme, ces mères n'auraient jamais tenté l'expérience d'allaiter. En toute conscience elles vont vers le sevrage et tel est leur souhait.

A nous, professionnels de santé, d'accompagner chaque mère selon son projet. A nous de permettre un choix éclairé en délivrant une information juste. Bien informer les mères est la base de la bientraitance car l'information donne le pouvoir de décision à la mère alors que les conseils placent les professionnels de santé en position dominante.

Mais aujourd'hui alors que la formation des professionnels de santé sur l'allaitement est encore insuffisante, le risque de confusion est grand. Généraliser l'A Ind sans une politique de soutien de l'allaitement maternel comme le préconise l'IHAB risque de banaliser l'usage des compléments en maternité.

A la suite de cette étude, nous pouvons dire que certaines mères, déjà favorables à la première tétée, acceptent de poursuivre l'expérience d'allaitement si toute fois elles ne sont pas contraintes à un allaitement maternel exclusif. L'allaitement indéterminé tel qu'il a été défini ici leur offre un cadre à la fois souple et respectueux. Il remet en question la notion même de choix, en favorisant un choix circonstanciel basé sur l'expérience plutôt qu'un choix prédéfini.

PROJET TYPE :

EN FAVEUR D'UNE ALIMENTATION INDETERMINEE LES PREMIERS JOURS

Mon souhait est de nourrir mon enfant au lait industriel, cependant je ne suis pas opposée à l'idée d'une première tétée au moment de la naissance.

J'aimerais pouvoir être libre de faire ou de ne pas faire de choix et surtout de ne pas précipiter ma décision en matière d'alimentation de mon enfant.

A la suite de cette première expérience il est probable que je décide de ne pas allaiter. J'en informerai donc l'équipe médicale.

Il est probable aussi que je veuille continuer cette expérience au-delà de la première tétée sans pour autant envisager un allaitement maternel exclusif. Je pense qu'un peu de mon lait est bénéfique pour mon bébé.

Aussi j'aimerais avoir à disposition dans ma chambre des biberons de préparation pour nourrisson afin de proposer le sein ou le biberon comme je le veux.

Je sais que :

- Mon bébé peut préférer le biberon parce que cela peut lui sembler plus facile.
- L'introduction d'une tétine peut modifier la succion de mon bébé, il peut avoir ensuite des difficultés pour s'accrocher au sein.
- Seul l'allaitement exclusif permet de produire suffisamment de lait pour mon bébé. Moins il y a de tétées, moins j'aurai de lait. Un allaitement partiel conduit au sevrage plus ou moins progressif.
- Il se peut que je ressente une tension mammaire entre 48 et 72 h après la naissance. Proposer une tétée à mon bébé peut faire partie des solutions pour me soulager de cette tension. Un contact chaud sur les seins avant la tétée (avec des coussins thermiques par exemple) ou du froid après la tétée peut m'apporter un soulagement. L'extraction du lait manuellement ou avec un tire-lait peut aussi m'aider à passer ce moment difficile
- Il est possible de tenter une relactation même à distance du sevrage en prenant contact avec un professionnel de la santé spécialisé dans l'allaitement.

Dans l'allaitement indéterminé, il n'est pas nécessaire de prendre des médicaments pour stopper la lactation, je préfère qu'il en soit ainsi.

D'avance merci de l'accueil que vous réserverez à ma démarche.

Mon petit Nolhan

Lorsque j'étais enceinte de toi, je suis allée voir une sage femme qui après discussion m'a proposé de faire un allaitement indéterminé. Je me suis demandée de quoi elle me parlait car on m'avait toujours dit : « soit tu allaites, soit tu n'allaites pas! »Après avoir eu toutes les explications, j'ai décidé de tenter l'expérience, même si à la base j'avais décidé de faire uniquement un don colostrum, comme je l'avais fait pour ta sœur.

Tu es né le vendredi 10 février 2012 à 6h00, nous avons fait un long moment de peau à peau puis une aide soignante t'a mis au sein. Tu l'as pris sans aucun problème, j'ai vraiment adoré ce moment d'échange entre nous deux, c'était vraiment très fort ! Par la suite, suivant nos envies et nos humeurs, on variait, un coup le sein, un coup le biberon ; et ça allait très bien ! Tu t'adaptais avec une telle facilité que je pouvais passer de l'un à l'autre sans problème. Par exemple, parfois après le sein tu avais encore faim donc je complétais avec un peu de biberon. Le jour de la montée de lait je t'ai donné le sein presque toute la journée. Quand je sentais que l'on avait besoin l'un de l'autre, c'était le sein. Si tu étais énervé, le biberon et la nuit, le biberon.

Cette expérience était pour moi la meilleure solution car elle m'a permis de vivre un allaitement sans contraintes. Toi comme moi, nous avons les bons côtés de l'allaitement car si je ne voulais pas allaiter c'était parce que je trouvais trop de contraintes (bébé réclame trop souvent, on ne sait pas ce qu'il boit, sortir mon sein partout, la reprise du travail...) J'étais bien consciente que tu pouvais décider d'arrêter du jour au lendemain, même si au fond de moi j'espérais que ça dure le plus longtemps possible. Je savais que le peu que tu prenais te serait bénéfique. Tu as quand même tenu 10 jours malgré la facilité du biberon par rapport au sein. Je pense que cette solution nous convenait bien! ET malgré les réticences de certains tout s'est fait le plus naturellement du monde.

JE garde vraiment un très bon souvenir de ces quelques jours de partage et de complicité entre nous 2, mon petit bébé !

Ma chère Zoé,

Quand je t'attendais j'ai eu la possibilité de participer à des séances de préparation à la naissance. A travers ces différentes séances un thème fut abordé: comment te nourrir...et oui il y a l'allaitement ou le biberon.

Pour moi, c'était inconcevable de t'allaiter.

En effet j'avais peur de la sensation une fois que tu serais à mon sein, impossible pour moi de le faire en public, et avec la reprise du travail prématurée par rapport aux mères qui ont le droit à un congé maternité!!!

Bref seul le biberon me paraissait envisageable.

Mais à travers les séances la sage femme m'a proposé d'essayer; en effet pourquoi ne pas te donner juste la tétée en salle de naissance...

Puis si ça me convenait pourquoi ne pas continuer un peu!

De là a grandi l'envie de te faire profiter de mon lait. Mais si je ne supportais pas le contact?

Et bien la sage femme me proposa de tirer mon lait et te donner le colostrum à la cuillère...quelle bonne idée!

Mais un nouveau doute apparut:

Et si à la maternité il ne voulait pas que je procède ainsi? Et puis t'allaiter pour seulement 3 semaines, quel intérêt?

A nouveau la sage femme me proposa des alternatives:

L'allaitement indéterminé: quand je suis avec toi soit je te donne mon sein, soit un biberon de mon lait que j'aurais préalablement tiré. Et quand je ne suis pas là un biberon de lait en poudre ou de mon lait...à moi de choisir. Je compose selon mon avis, mon temps, mes sensations.

Et l'important comme disait la sage femme est d'essayer et que le moment du repas soit un moment de bonheur et de partage qu'il soit au sein, au biberon, avec du lait maternel ou artificiel.

Puis le grand jour arriva, en salle de naissance on me demanda si je voulais te donner la première tétée, et là aucune hésitation. Le personnel médical te positionna...tu as pris mon sein directement puis au bout de plusieurs minutes tu t'es endormie.

Et moi aucune douleur, aucune gêne...du coup j'ai pris la décision de t'allaiter.

Pendant mon séjour j'ai commandé un tire lait par anticipation pour la reprise du travail.

A notre retour à la maison, je t'allaitais et je tirais mon lait.

Le papa était ravi car quand je ne t'allaitais pas c'était lui qui en profitait pour te donner le biberon.

Nous avons eu cette expérience pendant quasiment trois semaines...en effet jusqu'à ce qu'une dame de la PMI me demande comment nous te nourrissions...ce qui l'étonna et du coup déclencha une série de questions qui me mirent mal à l'aise. Elle ne comprenait pas que je puisse t'allaiter et tirer mon lait!!!

Je suis donc repartie stressée. En rentrant j'ai voulu te donner le biberon de lait que j'avais tiré avant de partir et par manque de chance je l'ai renversé, j'ai voulu te donner mon sein mais tu ressentais mon stress!!!

Gentille petite fille comme tu étais, tu as quand même réussi à t'alimenter.

Puis je me suis installée pour tirer mon lait, et là quasiment plus rien...Mes émotions prenaient le dessus, je n'arrivais plus à avoir de lait. Quand l'heure du biberon arriva mon conjoint décida de te donner du lait artificiel le temps d'aviser.

Malheureusement ma sage femme était en vacances et malgré mes efforts la montée de lait s'était interrompue.

On a donc dû continuer au lait artificiel.

Quelle déception ! J'aurais tellement voulu continuer!

Mais beaucoup de personnes m'ont rassurée en me disant que j'avais fait déjà bien plus que ce que je pensais et qu'il fallait garder le meilleur de cette expérience.

Donc si je dois te laisser un message:

C'est qu'il ne faut pas s'arrêter à ses aprioris. Il y a toujours des solutions même si elles ne sont pas encore beaucoup exploitées et j'espère que si un jour tu es mère tu en feras autant.

Bibliographie

- (1) Beaudry M, Chiasson S et Lauzière J. Biologie de l'allaitement. Ed Presses de l'Université du Québec. 2006*
- (2) ANAES : Allaitement maternel mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant, recommandations, mai 2002.*
- (3) Laurent C. Allaitement mixte, est-ce possible? .Les cahiers de puériculture N°178, Juin 2004. Site internet : www.coordination-allaitement.org*
- (4) OMS. Données scientifiques relatives aux 10 conditions pour le succès de l'allaitement. Site consulté le 10.11.2013 http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_fre.pdf*
- (5) Badinter E. Le conflit, la femme et la mère. Paris : Flammarion, 2010*
- (6) Ulpat A. L'allaitement, c'est bien mais pas obligatoire. Famili. 2000. N°90 : p.48-52*
- (7) Gojard S. Approche sociologique de l'allaitement maternel en France. La santé de l'Homme. N°408. Juillet-Aout 2010.*
- (8) Bayot I. Allaitement ou non ? Savoir suffit-il pour choisir ? Le ligueur N°35, septembre 200. Site internet : www.coordination-allaitement.org*
- (9) Pilliot M. La situation de l'allaitement maternel en France. La santé de l'Homme, N°408, juillet-aout 2010.*
- (10) Taux d'allaitement maternel à la naissance en 2003, selon la catégorie socioprofessionnelle de la mère. INSERM, Enquête périnatale 2003*
- (11) IPA, Information pour l'allaitement. Etudes sociologiques en France. Site consulté le 22.06.10 www.info-allaitement.org/etude-en-France.html.*
- (12) Thomas B. La pudeur et le plaisir d'allaiter, mémoire de consultante en lactation IBCLC 2006.*
- (13) Confiance en soi. La leche league. En ligne : www.lllfrance.org/Allaiter-Aujourd'hui/AA-19-confiance-en-soi.html*
- (14) Pilliot M. Allaitement maternel, état des lieux en France et en Europe. Site consulté le 10.08.10.
<ftp://ftp2.coordination-allaitement/.../Allaitementmaternel-etatdeslieux-mars2004.pdf>*
- (15) Schwetterlé F. Maternité de Lons-le-Saunier : deux heures peau à peau pour « entrer dans la vie ». La santé de l'Homme, N°408, juillet-aout 2010*
- (16) Girard L. Communiquer autour de l'allaitement maternel en France. Les dossiers de l'obstétrique, N°377, décembre 2008*