

# Accompagnement à l'allaitement maternel

## Observations et réflexion du pédiatre

*Lorsqu'une mère nourrit son enfant au sein, le pédiatre rencontre un couple mère/enfant baignant dans une évidente et tranquille sérénité. Cela n'a rien de la béatitude idéalisée et quelque peu ostentatoire de certains discours sur l'allaitement maternel. La mère est tranquille, calme, détendue, sûre, adroite et tendre dans ses gestes envers son enfant. Le bébé est, lui aussi, paisible, détendu dans un état d'éveil et de vigilance sereine souvent remarquable.*

*Il apparaît à l'observateur que le lien de ce couple est si fort mais aussi si sûr qu'il permet à chacun, d'autant mieux, de se distancier l'un de l'autre et de ne rien craindre ni d'eux-mêmes ni de l'extérieur : la confiance donne la possibilité de s'éloigner puisque l'on sait que l'on pourra retrouver ce lien « secure ».*

### La décision

La femme est un mammifère pensant, elle a donc la possibilité d'influer plus ou moins consciemment sur les lois biologiques auxquelles est soumis son organisme. La femme des pays développés a la possibilité de disposer d'alternatives à sa simple soumission aux lois biologiques. Ces alternatives sont suscitées et justifiées par les lois sociales et culturelles et sont cautionnées ou proposées par la technique médicale.

Il en est ainsi de l'allaitement : pour des raisons sociales, les femmes, depuis plus d'un siècle, ont acquis la possibilité de ne pas allaiter leur enfant au sein. Des raisons sociales ponctuelles qui se sont mutées en loi culturelle peu à peu. Cette possibilité est à ce point intégrée dans l'inconscient collectif que les femmes sont obligées de prendre consciemment et officiellement la décision de se laisser aller ou plus encore de se « soumettre » à une loi biologique ! Il faut être vigilant à la dérive de la maîtrise technique.

La culture influe en réprimant le biologique : devenues mères, la plupart des femmes a perdu ou croit avoir perdu la technique spontanée de l'allaitement et attend de l'équipe soignante qu'elle la lui réapprenne. Qu'on lui apprenne des gestes que son arrière-grand-mère savait d'instinct et qu'elle ne sait pas qu'elle sait... lorsque personne dans son entourage n'est là pour les lui transmettre...

Deux, trois générations pour que l'on imagine perdue une fonction naturelle dont les gestes ne se transmettent plus culturellement.

Et c'est cela, seulement cela, que l'on devrait laisser percevoir à une mère qui doute : qu'elle sait, depuis

la nuit des temps comme beaucoup de gestes de la vie quotidienne.

### Le temps du non-choix, de l'évidence

Il n'y a pas, il ne devrait pas y avoir choix en matière d'allaitement maternel mais évidence et nécessité biologique. Les autres espèces mammifères n'ont pas le choix et il n'y a pas d'échec d'allaitement. Dans les pays en voie de développement il n'y a pas le choix et le taux d'allaitement au sein est au maximum. Dans les pays scandinaves qui ont adopté une attitude de choix a priori de l'allaitement maternel il n'y a pas non plus « d'échec ».

Mettre son enfant au sein devrait être l'ultime moment de cette période, vécue par beaucoup de femmes comme l'un des plus beaux et des plus aboutis moments de leur vie, qui est de porter puis de mettre au monde un enfant. L'accouchement n'est que la fin d'une des nombreuses étapes de la maternité (la grossesse). Il se prolonge de façon normale par l'allaitement de la même façon que la grossesse se prolonge par l'accouchement (!) et que l'allaitement se prolongera par le sevrage et la maternité par tous les actes d'accompagnement d'une mère tout au long de la vie de son enfant...

L'allaitement au sein permet une séparation moins brutale de la mère et de son enfant. Il est une transition dans la continuité du lien physique corps à corps, de la fusion totale de la grossesse à la séparation obligatoire. La mise au sein immédiate après la naissance est une reconnaissance de la mère par l'enfant et de l'enfant par sa mère, le cordon est coupé mais le lien physique se poursuit par le sein, lien de dépendance transitionnel qui va se distendre progressivement, à un rythme fixé par l'enfant lui-même et accompagné par la mère, jus-

Catherine Salinier,  
pédiatre,  
33170 Gradignan,  
cathsalinier@wanadoo.fr

qu'à un sevrage bien conduit. La « rupture » de l'accouchement est ainsi tempérée par la qualité du contact physique, physiologique, que l'allaitement procure entre mère et bébé.

Le corollaire de cette situation idyllique (et maladroïtement idéalisée par certains discours partisans !) est la déception et la frustration intenses ressenties par une mère pour qui l'allaitement choisi et souhaité ne peut être réalisé. Cette situation est parfois vécue de façon dramatique même si elle n'est pas toujours exprimée, ni la culpabilité qui l'accompagne de ne pas se sentir « une bonne mère ». C'est dire la responsabilité énorme du personnel d'accompagnement à l'allaitement et de sa formation et sa réflexion nécessaire.

### Le choix, le désir, la volonté

La future mère a le choix d'allaiter son bébé au sein si elle en a le désir. On parle du désir d'allaiter et en même temps on parle de choix comme si le désir était un choix ! En matière d'allaitement au sein, comme ailleurs, on assimile deux notions fondamentalement différentes : le désir et la volonté.

Le désir est un élan spontané forçant le choix mais aussi canalizable, répressible par choix et par intervention de la volonté ou de la maîtrise. Mais en aucun cas à partir de la volonté d'un choix on ne peut induire le désir.

Le désir n'a aucune justification. Il est.

La volonté est argumentable.

La volonté peut faire se réaliser le désir mais ne jamais le susciter.

Or certains discours idéalisant l'allaitement au sein destinés logiquement à soutenir et étayer un désir en arrivent à susciter des volontés chez des femmes sans réel désir (les séances de préparation à l'allaitement en cours de grossesse peuvent parfois être maladroites dans ce sens).

Ainsi : il est des mères qui désirent allaiter et des mères qui le veulent.

Dans le premier cas (mère « désirante »), le rôle du personnel de la maternité est de permettre à ce désir de s'exprimer librement et de se réaliser. Il lui faut admettre et être lui-même persuadé que la femme, portée par son désir, trouvera les bons gestes pour peu qu'on la laisse faire, qu'on l'accompagne techniquement de la façon la moins directive possible, qu'on lui donne confiance en elle et en ses capacités physiologiques. Beaucoup d'obstacles à l'allaitement maternel sont artificiellement créés par une technique trop prégnante et par un non-respect des règles découlant de la physiologie de la lactation. Beaucoup d'allaitements sont empêchés par des entraves artificiellement créées par des conseils techniques inadéquats et parfois totalement superflus par rapport à l'individualité de chaque couple mère-bébé et de chaque situation d'allaitement.

Pour beaucoup de ces mères, dont le désir est réel, les choses sont compliquées par l'angoisse d'un échec tant il est parlé dans le public des difficultés de l'allaitement et tant la technique a brouillé les compétences naturelles de la jeune mère et sa capacité à trouver seules les gestes justes sans avoir à se soumettre à des « prescriptions techniques » qui éveillent son angoisse de ne pas s'y conformer. Une technique assénée autoritairement ou, pire encore, de façon douce mais paternaliste et infantiliste, annihile, paralyse et dévie vers l'échec une attitude de la mère instinctivement adaptée à son ressenti personnel. Le rôle du personnel d'accompagnement devrait se borner à laisser dire et laisser faire la femme et à n'intervenir, doucement, en suggérant quelques modifications de technique, que s'il y a manifestement non pas erreur mais maladresse dont on sait qu'elle peut être préjudiciable. Et pour autant l'accompagnement aux premières tétées est indispensable (tant est importante par exemple la position de succion) mais il convient d'être là tout en étant à distance, suggérer sans imposer, observer et orienter plus que diriger.

Ailleurs la femme dit vouloir allaiter (mère « volontariste »). Or elle se trouve complètement paralysée dans ses gestes, totalement soumise aux conseils et dépendante d'eux. On ne note aucun mouvement spontané dans la mise au sein, on peut même percevoir une distance presque défensive avec parfois une nuance proche de la répulsion. Ce sont souvent ces mères là qui ont mal, qui réclament rapidement un complément, dont le bébé pleure, ne sait pas téter etc. On trouve là, souvent, des mères trop anxieuses ou déprimées pour qui l'allaitement peut être une recherche de confirmation de leur capacité à être mère et non pas un plaisir. Il faut savoir repérer cette mère, l'observer, l'écouter, la laisser parler et alors adroitement la guider, l'aider voire l'orienter vers un choix différent sans qu'elle en ressente la moindre culpabilité. Il conviendra de l'entourer très étroitement.

Entre ces deux types de situations extrêmes il y a tous les intermédiaires, toutes les mères, chaque mère... Aucune situation n'est semblable à une autre. Entre le désir sans questionnement, clair, sans ombre qui conduit à une mise au sein et à un allaitement spontanément satisfaisant et l'acharnement volontaire, inconsciemment empêché, qui conduit inéluctablement à un échec, toutes les nuances sont possibles. Le savoir faire du professionnel d'accompagnement pouvant orienter.

Et c'est là la place prépondérante du personnel d'accompagnement. Savoir observer, savoir susciter la mise en mots et la mise en gestes du ressenti profond de la mère, savoir décoder la signification de certaines remarques, de certaines attitudes puis en fonction d'elles, savoir orienter le choix ou la technique pour les faire coller au plus près du

désir profond de la mère. Désir d'allaiter... désir d'être une bonne mère au prix d'un allaitement volontaire... De tout cela il ressort que les voies du désir, de la volonté et du choix qui en découle paraissent opaques au personnel d'accompagnement tant il est vrai qu'elles prennent leur source au plus profond de l'inconscient d'une mère. Le but de l'accompagnement est que les deux partenaires, mère et bébé, puissent trouver le chemin d'un accord réciproque où le désir et le besoin de l'un et l'autre pourraient se rencontrer et se conforter mutuellement.

### **Le sevrage : aboutissement, désir ou nécessité, déchirement ou compromis**

Vient un moment où l'allaitement au sein cesse. Certaines mères et leurs bébés sont dans la solution idéale où l'un et l'autre peuvent s'éloigner sans regret, avec le sentiment que ni l'un ni l'autre ne l'a vraiment décidé mais que les choses sont ainsi et qu'il faut passer à autre chose, que le chemin s'élargit et qu'il faut regarder ailleurs. Cela se fait doucement, progressivement, le sevrage est un nouvel espace de transition. Ailleurs, allaitement difficile, nécessité sociale de la reprise du travail par la mère ou décision de sa part, rarement du bébé, ou à l'inverse obstination d'une mère déjà trop fusionnelle, le sevrage doit s'organiser. Il est curieux que le terme de sevrage ait toujours une connotation de privation difficile (drogue, tabac, médicament...). Là encore, ce devrait être un temps de transition qu'il importe d'aménager.

Le pédiatre doit l'anticiper et l'accompagner par les conseils adaptés à chaque cas particulier. Parfois ce peut être adapter l'allaitement à la vie professionnelle de la mère (matin, soir et reprise totale le week-end, lait maternel tiré ou lait artificiel), ce peuvent être encore de pieux mensonges de la part du pédiatre quand manifestement l'allaitement doit cesser ou devenir mixte et que la mère ne peut pas l'entendre...

Un sevrage progressif et lent (même s'il est évident que l'enfant prend très peu au sein) évitera de vivre douloureusement dans le renoncement imposé ce qui n'est simplement qu'une des toutes premières expériences de séparation-individuation.

### **L'inconscient, le désir et la volonté**

En ce qui concerne la prise de conscience ou le refoulement, l'expression ou la répression, la réalisation ou l'échec du désir ou même de la volonté de nourrir son enfant au sein par une mère, interviennent l'inconscient de la femme, le rapport à son corps, la façon de vivre sa maternité mais encore bien d'autres éléments que ses seuls sentiments personnels, bien d'autres acteurs qu'elle même.

Ici, il faut signaler le rôle indéniable de l'entourage immédiat, le père de l'enfant, les autres femmes de la

famille avec au premier rang la mère et la belle-mère de la femme sans parler de l'histoire trans-générationnelle (transmission « verticale »), les sœurs, les amies (transmission « horizontale ») etc. Autant d'identifications ou ailleurs de distanciations...

Il faut faire avec les réalités sociales, activité professionnelle de la mère, et culturelles : image(s) de la femme, pudeur, idées fausses néfastes ou au contraire trop idéalisées véhiculées sur l'allaitement au sein.

Il faut remarquer la place du sein sexualisé et érotisé.

### **La mère, la femme**

L'allaitement met en jeu le corps, met en jeu le sein. Certaines femmes éprouvent un recul, un malaise devant cette implication ou au moins une hésitation. D'autres la vivent avec plaisir et même jouissance. Le pédiatre peut remarquer comme les femmes vivent de façon différente leur maternité et leurs suites de couche. Certaines mettent des mois à retrouver leur silhouette, à l'opposé d'autres quittent la maternité comme s'il ne s'était rien passé. Certaines se plaignent des tétées de nuit comme de quelque chose d'insurmontable et d'autres se laissent aller à dire leur réel bonheur de ce moment d'intimité totale, seule à seul, avec leur bébé dans la nuit et la maison endormie.

Qu'est-ce qui induit ainsi ces différences d'attitudes ? Très probablement l'intégration par chaque femme de sa féminité et de sa maternité. L'acceptation des particularités, pour ne pas dire des contraintes (l'allaitement artificiel en a d'autres), de l'allaitement maternel dépend donc aussi de la façon dont la femme vit sa maternité et de ces déterminants inconscients. Il importe de percevoir ces mouvements de surface dans le comportement et le discours de la mère, de les savoir sous-tendus par des sentiments profondément ancrés, contre lesquels on ne peut rien, et d'adapter ou d'orienter le mode d'allaitement.

### **L'entourage**

Un allaitement au sein est pratiquement toujours réussi d'emblée, ou bien très facilement « récupéré » s'il y a un problème, lorsque la femme elle-même a été nourrie au sein et même mieux encore si elle et le père ont été allaités. Dans « ces familles là » l'allaitement au sein est une évidence. A l'inverse, une mère, dont il est, pourtant, évident qu'elle a un désir profond, pourra être complètement parasitée, empêchée par un conjoint réticent, par une mère ou une belle-mère en rivalité (qu'elles aient d'ailleurs ou non allaité elles-mêmes). Cela n'est que rarement perceptible à la maternité où la mère est coupée de son entourage et dans une intimité très étroite avec son bébé. Mais le pédiatre est alors souvent consulté dans les jours qui suivent le retour à la maison.

Une fois éliminés d'éventuels problèmes de technique, on est souvent confronté à une situation de conflit interne de la mère en réponse à un conflit non verbalisé ou au contraire trop bien verbalisé avec l'entourage.

« Mon mari (ma mère, ma belle-mère) dit que mon lait n'est pas assez riche » ou encore « mon mari (ma mère, mes amies) dit que je le mets trop souvent au sein, que je lui donne de mauvaises habitudes .... » ou encore « mon mari dit que lui ne sert à rien et veut donner lui même quelques biberons... »

La mère est ainsi piégée dans un bain de famille où l'allaitement n'est que la première occasion pour que s'expriment des différences de points de vue entre les différents acteurs de la vie de l'enfant. Ces divergences et leurs conséquences dépassent trop souvent le seul couple de parents.

Ces attitudes, ces réactions souvent contraires au ressenti spontané de la mère, sont toujours, bien sûr, déterminées par le vécu et le ressenti personnel de celui qui les exprime.

Ainsi quelle rivalité, quel regret de sa propre maternité exprime une mère ou une belle-mère qui émet des doutes ou aussi bien des certitudes dirigées sur les compétences de nourrice de sa (belle) fille et s'autorise à les exprimer ? Quelles projections sont en jeu ?

De la même manière, que projette la femme dans sa maternité ou quelle entrave l'empêche de prendre les remarques de sa propre mère avec le recul nécessaire et protecteur ?

Quelle relation a ce couple où l'homme ne peut pas tolérer sa femme allaitant ? La voit-il mère ? La voit-il femme ? Quelle est la place de l'enfant auprès ou entre eux ?

Pourquoi ce père, cet homme, ressent-il une frustration très vive (parfois au point de la verbaliser) à ne pas pouvoir donner le sein lui, et qui, soit directement soit indirectement, empêche sa femme de le faire ? Et tel autre qui impose à sa femme un allaitement qu'elle ne désire pas elle-même ?

Comment cette femme, cette mère s'enferme-t-elle dans une dyade hermétique avec son bébé et ne sait-elle pas rassurer son compagnon sur ce point, ne sait-elle pas lui donner la confiance et l'assurance que la maternité n'est qu'un temps, qu'une partie d'elle-même et qu'elle reste ou redeviendra une femme, sa femme (un peu différente inéluctablement par son statut de mère, de la même façon qu'un homme est forcément différent en devenant père).

### Le pédiatre

S'il n'appartient pas au pédiatre d'interpréter, encore moins de juger, il est en revanche un observateur privilégié. Son observation attentive, empathique et chaleureuse, ses questions (et non pas affirmations ou commandements péremptoirs) ouvrent un espace où exprimer le désir mais aussi

les doutes, les inquiétudes, les craintes voire les fantasmes de cette jeune mère.

Il lui appartient indubitablement d'observer, de décoder les arguments-écrans au non-désir, de faire s'exprimer le plus possible de non-dits, de dédramatiser, de déculpabiliser et d'aider chacun à trouver sa place avec l'acceptation des frustrations, les compromis, les concessions et les aménagements dont aucun couple, aucune famille, aucun individu socialement intégré ne peut faire l'économie.

Toute expérience vécue comme difficile ou comme un échec laisse toujours une part de culpabilité et d'appréhension future chez celles qui avaient imaginé un allaitement idéal. Il importe de préserver l'avenir d'un futur allaitement. Pour chaque femme, aucune grossesse, aucun allaitement, aucun bébé n'a la même histoire.

Le pédiatre peut conseiller des attitudes pourtant bien loin de la physiologie comme l'allaitement mixte ou au pire un sevrage bien conduit quand le conflit interne à la mère ou intra-familial est tel qu'il empêche un allaitement serein ou que les circonstances l'imposent. Il lui faut savoir écouter, observer, sentir, décoder toutes ces interactions entre le désir profondément ressenti par la femme ou seulement exprimé et l'influence tacite ou non du milieu et savoir suggérer ou induire habilement la solution la mieux adaptée à l'économie relationnelle de cette famille et à sa réalité.

Il lui faut aussi, et ce n'est pas le plus simple, maîtriser ses propres projections professionnelles ou personnelles.

Le pédiatre gardera en mémoire le climat de cet allaitement. Il est, à l'évidence, l'expression et plus encore le révélateur précoce du bain psychoaffectif dans lequel évoluera l'enfant, qui en est lui-même un partenaire actif, dans toutes les étapes ultérieures de son développement.

Le fil conducteur de la réflexion du pédiatre sera toujours le bien-être de l'enfant à long terme à travers la prise en compte de la problématique familiale. Et c'est dans le but de cette sérénité qu'il accompagnera l'allaitement.

S'il est classique de dire que l'allaitement au sein doit se faire « à la demande » ce n'est pas de la demande seule de l'enfant dont il s'agit.

Une fois assimilés les principes de la physiologie de l'allaitement d'où découlent les notions techniques indispensables, il n'y a pas de compétence autre à posséder, quand on a pour rôle d'accompagner l'allaitement que des compétences d'observation, d'écoute, de compréhension, d'empathie, de mise en confiance, de persuasion éclairée, de compassion...

N'est-ce pas simplement la définition de la compétence relationnelle du « soignant » au sens général ?