

BOURET Audrey
LEGRAND Blandine

INTERÊT HOLISTIQUE POUR L'ALLAITEMENT AU BIBERON ?

*L'accompagnement de la puéricultrice
face à la mère ayant choisi
l'allaitement artificiel
dans une maternité
labellisée*



REMERCIEMENTS

En préambule, nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont soutenues et accompagnées dans la réalisation de ce travail.

Nous présentons, tout d'abord, nos remerciements aux formatrices, pour leur écoute et leur disponibilité tout au long de ce travail de recherches, mais aussi de cette année.

Nos remerciements s'adressent également à l'ensemble des professionnels de santé travaillant en maternité, qui ont accordé de leur temps, et sans qui ce travail n'aurait pu aboutir.

Nous remercions aussi les mamans. Leur participation nous a été bénéfique et nous a permis de prendre en compte leurs ressentis concernant leur séjour en maternité.

Nous remercions nos proches, notre famille et nos amis pour leur inestimable soutien, leurs encouragements et la patience qu'ils ont su garder durant cette année.

Nous tenons à remercier, tout particulièrement, Pierre- Antoine, Ghislaine et Justine pour leurs précieux conseils et leurs longues heures de relecture.

Pour conclure, nous tenons à nous remercier mutuellement pour la patience que nous avons eu l'une envers l'autre, l'écoute que nous avons su nous offrir, et le soutien dans les moments plus difficiles, sans oublier tous les bons moments vécus lors de la rédaction de ce travail mais aussi tout au long de cette année.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
CADRE THEORIQUE	2
I. LE LABEL INITIATIVE HOPITAL AMI DES BEBES	2
1. <i>L'évolution du label</i>	2
2. <i>Définition et description du label</i>	4
3. <i>L'IHAB et l'alimentation du nouveau-né</i>	7
II. L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL.....	9
1. <i>Le concept d'allaitement artificiel.....</i>	9
2. <i>Allaitement artificiel et temporalité.....</i>	12
3. <i>Classifications et spécificités de l'allaitement artificiel.....</i>	17
III. L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PUERICULTRICE EN MATERNITE	20
1. <i>L'infirmière puéricultrice</i>	20
2. <i>La mère.....</i>	22
3. <i>L'accompagnement</i>	24
QUESTION DE RECHERCHE	28
ENQUETES ET RESULTATS	29
I. OUTIL D'ENQUETE.....	29
II. ENTRETIENS PUERICULTRICES	31
1. <i>Résultats et analyse.....</i>	31
2. <i>Conclusion.....</i>	43
III. ENTRETIENS MAMANS.....	44
1. <i>Résultats et analyse.....</i>	44
2. <i>Conclusion.....</i>	49
IV. ANALYSE CROISEE.....	50
CONCLUSION.....	53
BIBLIOGRAPHIE.....	54
ANNEXES.....	58

INTRODUCTION

« L'allaitement est la façon normale ou physiologique de nourrir les bébés, c'est ce qui est prévu par la nature. » (LAVIGNE, C., 2013, p.3)¹

Les mœurs comme les pratiques évoluent continuellement, et celles de notre société ne cessent de prôner l'allaitement maternel. Cette forme d'obsession incessante, allant même parfois jusqu'à rétorquer que toute alternative serait incongrue, voire, pour certains, dangereuse quant à l'état de santé du nouveau-né. Les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé² préconisent d'ailleurs un allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois et c'est dans cette lignée que les maternités se sont acclimatées. Mais, quelle est la place de l'allaitement artificiel au sein de ces services ?

Que penser par exemple du label Initiative Hôpital Ami des Bébéés quant à cette problématique ? Ce programme prestigieux à destination des professionnels de santé, est devenu indubitablement un sigle de qualité en termes de prise en charge mère-enfant. Pour autant, celui-ci tend à glorifier à son tour les bienfaits de l'allaitement maternel. Mais dans ce sens, quelle considération est accordée aux mères ne souhaitant pas, ou ne pouvant simplement pas, bénéficier d'un allaitement maternel pour quelques raisons que ce soit ?

C'est au cours de notre année de formation, plus particulièrement, lors d'une session théorique en lien direct avec l'IHAB que notre principale réflexion est survenue. Très interrogées par ce label, nous nous sommes directement rendues sur le site de l'IHAB où les informations révélées furent surprenantes : les critères d'autoévaluation définissaient l'allaitement artificiel non pas comme un choix mais bien comme une « alternative » et ne cessaient, à nouveau, de prôner l'allaitement maternel.

C'est dans cet état d'esprit que nous avons trouvé judicieux de nous interroger sur la place de l'allaitement artificiel au sein des maternités concernées par cette labellisation, afin d'évaluer la qualité de l'accompagnement selon le choix d'alimentation sélectionné, en réduisant d'autant plus notre phase de recherche à une seule et même problématique :

Comment la puéricultrice accompagne-t-elle les mères ayant choisi l'allaitement artificiel, dans une maternité labélisée « Amie des bébéés » ?

Cette question de recherche suppose bien entendu une exploration sur divers items tels que l'étude approfondie du label IHAB en se concentrant d'une part sur sa définition et son évolution, mais également ses caractéristiques concernant l'alimentation générale du nouveau-né. Il sera également primordial de s'intéresser à l'allaitement artificiel dans sa globalité et sa temporalité en identifiant réellement ses spécificités. Pour finir, cibler les acteurs de cet accompagnement, au sein d'une maternité, en définissant au préalable le concept.

I. LE LABEL INITIATIVE HOPITAL AMI DES BEBES

1. *L'évolution du label*

Le concept « Ami des bébés » a vu le jour en 1991, sous le nom de « *baby friendly hospital* », lors d'une réunion internationale sur l'allaitement maternel qui s'est déroulée à Ankara (IHAB France)³. Ce concept a d'ailleurs été initié par l'OMS, l'UNICEF ainsi que l'association Internationale de Pédiatrie.

D'où vient ce label ? Que signifie-t-il pour les maternités ? Et quels en sont les fondements ? C'est ce que nous tâcherons d'étudier tout au long de cette première partie.

a- L'IHAB dans le monde

Plusieurs années auparavant, il est constaté un déclin de l'allaitement maternel du fait de la promotion des laits en poudre (Organisation Mondiale de la Santé, 1981, p.4)⁴. C'est en 1981, que l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) adopte le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, dans le but de protéger et d'encourager l'allaitement maternel et de n'utiliser les substituts du lait maternel qu'en cas de nécessité absolue. (p.5)².

Puis, en 1989, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) publient une déclaration intitulée « *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel- le rôle spécial des services liés à la maternité* »³. Ils y recensent les dix recommandations visant au succès de l'allaitement maternel dans les services de maternité, ayant servis de base pour l'élaboration du label IHAB. (IHAB France, 2014)⁵ (ANNEXE 1).

En 1990, une réunion OMS/UNICEF sur l'allaitement maternel s'est tenue à Florence, à l'hôpital des Innocents, et a donné naissance à la déclaration d'Innocenti, le 1^{er} août 1990³. Au décours de cette réunion, les participants ont reconnu la nécessité d'un allaitement exclusif jusque quatre-six mois, préconisant le « ...renforcement d'une « *civilisation de l'allaitement maternel* », énergiquement défendue contre l'incursion d'une « *civilisation du biberon.* » » (OMS/UNICEF, 1990)⁶. L'objectif prioritaire est alors l'élaboration de politiques nationales visant à protéger, soutenir et encourager l'allaitement maternel ainsi que la formation de chaque professionnel face à cette prise en charge.

Le concept de « *baby friendly hospital* » est lancé en 1991 par l'OMS/UNICEF ainsi que l'Association Internationale de Pédiatrie, afin de donner suite à cette déclaration d'Innocenti. Néanmoins, les textes précisant les modalités des hôpitaux et les différents outils ne seront établis qu'en 1992. C'est à partir de cette date clé que le label sera lancé au niveau

international. Il sera proposé aux équipes qui « *respectent les dix conditions et qui appliquent le code international de commercialisation des substituts du lait maternel (OMS, 1981)* »³

La deuxième déclaration d'Innocenti, quant à elle, établie en 2005, (IHAB France)⁷ fera le constat d'une certaine avancée en matière d'allaitement maternel mais relancera l'Initiative Hôpital Ami des Bébés, en rappelant l'importance de l'application du code international des substituts du lait maternel.

L'actualisation des documents de 1992 commencera en 2006 et la version définitive paraîtra lors de l'année 2009. Selon un article de *Médecine et enfance* (MARCHAND, MC. PILLIOT, M. LOFGREN, K. 2008, P.586)⁸ « *les nouvelles dispositions de 2006 soulignent l'importance d'informer et d'aider les mères qui n'allaitent pas* ». De plus, on remarque également des évolutions concernant la durée de la formation des professionnels, le peau à peau et le souhait d'élargir le label à d'autres structures (Protection Maternelle et Infantile, Néonatalogie, cabinets médicaux). En 2008, les recommandations seront d'ailleurs adaptées pour les services de néonatalogie.⁵

Lors de la même année, une recommandation est ajoutée en plus des dix existantes. Celle-ci concernera les pratiques, pendant le travail et l'accouchement, qui favorisent la relation mère-enfant et la mise en place de l'allaitement maternel.

Nous avons étudié l'évolution du label au niveau international, mais, qu'en est-il de la France ?

b- Et en France ?

La France est, avec l'Irlande, le pays qui a eu, très longtemps, le plus bas taux d'allaitement maternel (BADINTER, E., 2010, p.108)⁹. C'est d'ailleurs pourquoi la promotion et la protection de l'allaitement au sein reste une chose complexe à développer au niveau national.

Comme le souligne E.BADINTER dans son ouvrage *Le Conflit : la femme et la mère* : « *Il aura fallu pas moins de dix-sept ans pour que la France se décide à faire appliquer le Code international des substituts de lait maternel* » (p.110)⁹

Ce n'est, en effet, qu'en 2000 que l'IHAB a débuté pour la France³. Deux hôpitaux (la clinique Saint Jean à Roubaix et le Centre Hospitalier de Lons le Saunier) mettent en place les recommandations internationales et souhaitent faire évaluer leurs pratiques. Malheureusement, aucune structure n'existe pour coordonner l'IHAB. Malgré tout, afin de débiter dans cette démarche, les associations de soutien à l'allaitement maternel se sont rassemblées pour créer la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM). Cette association a été dépositaire du label avec l'accord de l'OMS et l'UNICEF.

Un détail primordial intervient au cours de l'année 2011. En effet, le groupe IHAB se sépare de la CoFAM pour devenir indépendant et autonome sous le nom de « IHAB France »³.

C'est seulement entre 2000 et 2015, que l'on verra apparaître la labellisation de vingt-quatre établissements français, selon l'IHAB France³. De plus, la Haute Autorité de Santé (HAS) et le Programme National Nutrition Santé (PNNS) souligneront l'importance de la promotion de l'allaitement maternel en intégrant le label dans leurs objectifs et recommandations.

Le programme IHAB est constitué de douze recommandations de bonnes pratiques à mettre en œuvre, rassemblant les dix conditions de 1989, une onzième concernant le respect du code de commercialisation des substituts du lait maternel, et une douzième, ajoutée en 2009, traitant des pratiques à adopter pendant le travail et l'accouchement⁵. (ANNEXE 2)

On peut donc affirmer que ce label IHAB s'est développé à l'international depuis 1991. Les hôpitaux sont, d'ailleurs, de plus en plus nombreux à réclamer la labellisation. Dans cette perspective, il est essentiel, en tant que futures puéricultrices de comprendre les différents critères que l'hôpital se doit de respecter s'il veut porter la mention « Ami des bébés ».

2. Définition et description du label

a- L'IHAB, qu'est-ce que c'est ?

L'Initiative Hôpital Ami des Bébé est une démarche qualité qui permet la mise en place de pratiques respectant les besoins des nouveau-nés. C'est un label qui « *dépasse l'allaitement maternel* » et crée un « *état d'esprit d'accueil et d'accompagnement* ». (p.586)⁸

Le label a pour principal objectif d'assurer un accompagnement individualisé des nouveau-nés et de leurs parents en respectant les rythmes du nourrisson. Les équipes auront pour mission de favoriser la relation parent-enfant, de la naissance à la date de sortie de l'hôpital, visant à les orienter vers l'autonomie. Le but étant de leur faire prendre conscience des nombreuses compétences acquises et de leur permettre une plus grande mise en confiance. (MARCHAND, MC., LAURENT, C., LOFGREN, K. 2010, p.32)¹⁰.

D'après l'OMS et l'UNICEF, l'IHAB repose sur trois principes (IHAB France)¹¹ : d'une part, adopter une attitude centrée sur les besoins individuels du nouveau-né et de sa mère, en intégrant le père. D'autre part, assurer un environnement et un accompagnement centrés sur la famille, une écoute et un soutien individualisés qui permettent aux parents une certaine autonomie. Puis, pour finir, un principe indispensable visant à exploiter le travail en équipe et en réseau afin d'assurer la continuité de l'accompagnement en pré, péri et postnatal.

Les notions essentielles de l'IHAB se retrouvent au travers des trois principes précédemment cités, mais également, par le biais des douze recommandations de bonne pratique. Les articles, ainsi que le formulaire d'auto-évaluation rédigé par le groupe IHAB France, permettent une classification selon différents points (IHAB France, 2014)¹² :

▪ **La nécessité de la proximité mère-enfant et le peau à peau**

Les recommandations de l'IHAB préconisent de laisser 24h/24 l'enfant avec sa mère (recommandation n°7), facteur essentiel au succès de l'allaitement maternel, mais également à la création du lien d'attachement, participant ainsi à l'accroissement de la relation mère-enfant.

D'autre part, les soins du bébé sont toujours réalisés en chambre et les professionnels sollicitent la participation des parents. Ainsi, pendant un soin douloureux, ils orientent et encouragent les parents dans la bonne pratique des techniques antalgiques non-médicamenteuses : tétée, peau à peau, biberon, succion (recommandation n°9).

Le peau à peau, intègre une place de choix dans les maternités « amies des bébés » (recommandation n°4). Celui-ci permet, au nouveau-né, de retrouver les sensations de la vie intra-utérine : bruit du cœur, respiration de la mère, chaleur et d'entrer en relation avec le visage de ses parents. Pratiqué dès la naissance, il est recommandé que celui-ci soit réalisé pendant au moins une heure sur simple demande des parents. Le personnel sera d'emblée amené à expliquer aux parents plusieurs informations récurrentes : les signes d'éveils, les bienfaits de cette pratique, la bonne position à adopter, mais également les règles de couchage et les contre-indications à la pratique du sommeil partagé.

▪ **La place du père**

Un des principes de l'IHAB est de définir le père, non pas comme un observateur, mais bien comme acteur des soins. Ainsi, il lui sera proposé d'effectuer du peau à peau dès la salle de naissance si la mère ne le peut ou ne le souhaite pas (recommandation n°4). De la même manière, les soins seront réalisés avec leur participation, ils pourront d'ailleurs être accueillis, de jour comme de nuit, en maternité (recommandation n°7). Toutes les informations seront, naturellement, transmises aux deux parents.

▪ **Le respect des rythmes de l'enfant**

Les recommandations préconisent l'alimentation à la demande (recommandation n°8), selon les rythmes de l'enfant. Ainsi, les professionnels auront pour devoir d'indiquer, aux parents, les signes d'éveils justifiant le fait que le nouveau-né réclame une alimentation, l'important étant d'être attentif à ses rythmes. De même, ils devront expliquer, aux mères qui donnent le biberon, la nécessité d'adapter les quantités en fonction des besoins du nourrisson sans pour autant le forcer.

▪ Le soutien à l'allaitement maternel

Le label a pour objectif de soutenir et de promouvoir l'allaitement maternel. Dans cette optique, les équipes veilleront à informer les mères sur les bienfaits de ce type d'allaitement (recommandation n°3), à indiquer comment entretenir la lactation (recommandation n°5), à ne donner aucun aliment autre que le lait maternel et à éviter l'utilisation de sucettes ou de biberons (recommandation n°9). Le label protégera les familles face aux pressions commerciales sur les substituts du lait maternel.

c- Critères de labellisation

Pour obtenir le label, l'équipe sera amenée à respecter les douze recommandations, mais aussi à établir un système de recueil de données statistiques précis sur l'alimentation des nouveau-nés. Une autre condition du label international insiste sur le taux d'allaitement maternel exclusif, de la naissance à la sortie de maternité, qui se doit d'avoisiner les 75% au minimum. Cependant, en France, étant donné la remontée trop lente de l'allaitement maternel, un label national et spécifique fût créé. A la différence du label international, aucun taux minimum d'allaitement maternel exclusif n'est exigé. Néanmoins, l'objectif primaire reste de veiller à la bonne progression de ce taux et ce, sur plusieurs années. De plus, les établissements devront travailler en réseau avec les PMI, les généralistes, les sages-femmes libérales afin d'assurer l'information et le suivi pré et postnatal.⁵

La volonté d'être labellisé demande un « *réel investissement de la part de toute une équipe* » (p.32)¹⁰. En effet, ce projet demande une réflexion d'équipe et la formation de tout le personnel. Mais, selon le Dr Marc PILLIOT, président de la CoFAM, le label IHAB « *change la façon de travailler et d'accompagner les parents au point que, dans une équipe labellisée « amie des bébés », il devient vite impossible de revenir en arrière et de travailler comme avant.* » (2014)¹³

La démarche de labellisation entraîne l'obligation d'instaurer un projet d'équipe, de réaliser une auto-évaluation, d'acter cette volonté par une déclaration de mise en route vers le label et de se soumettre à une évaluation extérieure. Une fois le label obtenu, il est imposé aux équipes un suivi rigoureux et une réévaluation au bout de quatre ans. (ANNEXE 3)⁵

La labellisation est donc un cheminement d'équipe et demande un travail de réflexion aux professionnels sur leurs pratiques. Le but étant de respecter les besoins du nouveau-né et d'accompagner les familles afin de favoriser l'élaboration du lien mère-enfant. Mais l'IHAB a également pour mission d'assurer la promotion de l'allaitement maternel. Pour mener à bien nos recherches, il est alors intéressant de s'attarder davantage sur les recommandations concernant l'alimentation du nouveau-né et les critères d'évaluation. En effet, il est nécessaire de comprendre comment doivent procéder ces hôpitaux, censés à la fois promouvoir l'allaitement maternel, mais aussi accompagner les mères n'ayant pas fait ce choix d'alimentation.

3. L'IHAB et l'alimentation du nouveau-né

Comme développé précédemment et selon les documents IHAB France: « *l'IHAB encourage, soutient et protège l'allaitement maternel* » (p.1)⁵.

Même si les critères de labellisation reposent en majeure partie sur les pratiques concernant l'allaitement maternel, l'IHAB réclame également la mise en place d'un soutien à l'égard des mères qui allaitent au biberon.

Dans le document de la deuxième journée nationale sur l'IHAB en France, l'auteur Marc PILLIOT parle distinctement du label (PILLIOT, M., 2014, p7)¹⁴ : « *Si, à l'origine, il visait en priorité l'allaitement, il est vite apparu qu'il était bien plus que cela. En effet, le label vise un mode d'accueil du nouveau-né et de sa famille, centré sur les besoins du nouveau-né, dont l'allaitement maternel.* ». Il va d'ailleurs plus loin dans sa réflexion : « *il serait temps de prendre conscience que, pour le nouveau-né, la première nécessité n'est pas de se nourrir, mais d'être 'en relation'* ».

a- L'information donnée aux mères :

Les informations doivent être données en pré et postnatal, afin d'accompagner au mieux les mères, qui allaitent au sein mais aussi au biberon. Cependant, dans le document *L'IHAB et l'Information des mères à propos de l'alimentation de leur bébé*, il est précisé (IHAB France, 2013, p.1)¹⁵ :

Toute l'information prénatale en individuel ou en groupe abordera l'allaitement maternel comme la référence normale et souhaitable. [...] La conduite pratique de l'alimentation artificielle n'est pas abordée en groupe avant la naissance. Evidemment, il est possible de répondre aux questions des femmes, mais en individuel

En période prénatale, il est donc accordé une place prépondérante à l'allaitement maternel. Les questions sur l'alimentation artificielle sont à éviter en consultation de groupe « *car cela entretient l'image d'un choix entre 2 modes d'alimentation équivalents* » (p46)¹⁴, ce qui est compréhensible car le but de l'IHAB est d'assurer la promotion de l'allaitement maternel. Ces dispositions s'inscrivent dans la recommandation n°3 de l'IHAB : *Informez toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et sa pratique qu'elles soient suivies ou non dans l'établissement.*

De plus, « *les documents donnés aux femmes enceintes abordent les avantages et la pratique de l'allaitement maternel. Ils n'abordent pas l'alimentation artificielle* » (p.1)¹⁵. Selon la recommandation n°3, les femmes enceintes sont « *protégées* » de toute promotion orale ou écrite en faveur de l'alimentation artificielle. (p.10)¹²

L'IHAB précise également qu'il est possible de composer un document rassemblant les deux modes d'alimentation, mais, le cas échéant, il est demandé de présenter l'allaitement maternel comme la « *norme biologique* », et l'alimentation artificielle comme « *solution de*

remplacement » (p.2)¹⁵. Les rédacteurs de ces documents doivent alors prendre soins de placer les informations concernant l'alimentation artificielle après celles sur l'allaitement maternel et aucune image ou texte ne doit idéaliser l'alimentation artificielle.

Il est donc clair que les informations pré et postnatales doivent assurer la promotion de l'allaitement maternel. Qu'en est-il des informations données lors du séjour en maternité ?

b- Les recommandations de bonnes pratiques en maternité

Il nous semble important de préciser que, dans le cadre du thème choisi pour notre mémoire, nous ne traiterons que les recommandations spécifiques à l'alimentation en maternité. Nous nous sommes appuyées, entre autre, sur le formulaire d'auto-évaluation.¹²

Recommandation 1 : *Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leurs familles formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.* (p.7)¹²

Cette politique doit viser à promouvoir l'allaitement maternel mais « *plusieurs conditions concernent les bébés non allaités : il est important que la politique et la charte ne soient pas ciblées uniquement sur l'allaitement mais sur des soins de qualité pour toutes les familles* » (p.587)⁸. Tous les supports des fabricants de substituts de lait maternel, biberons, tétines doivent être exclus, la distribution d'échantillons étant, bien entendu, proscrite.

Recommandation 5 : *Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nouveau-né. Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur nouveau-né.* (p.14, 15)¹²

« *Il y a en permanence du personnel compétent en allaitement maternel disponible pour conseiller les mères pendant leur séjour dans l'établissement et pour préparer leur sortie* » souligne l'IHAB France (p.14)¹². Il existe également des référents pour l'allaitement maternel. Mais quelle place ce personnel a-t-il à l'égard des mères ne souhaitant pas allaiter au sein ?

C'est en s'appuyant sur le formulaire d'auto-évaluation que cette prise en charge intervient. En effet, il y est expliqué que le personnel a le devoir d'informer les mères qui n'allaitent pas au sein, de la bonne installation à adopter pour alimenter le nouveau-né au biberon, mais aussi des règles de sécurité et d'hygiène et des modalités de préparation des biberons. Il est donc important de prendre en considération cette remarque, qui oblige les professionnels à accompagner aussi bien les mères face à l'allaitement maternel qu'à l'allaitement artificiel, notamment dans la gestion de la montée de lait.

Recommandation 6 : *Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau nés allaités aucun aliments ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.* (p.16)¹²

Dans le formulaire d'auto-évaluation, le terme « médicale » est souligné, ce qui accentue son importance. L'indication pour donner un complément semble être exclusivement médicale. Le

choix de la mère ne semble pas être pris en compte dans cet intitulé. Dans les explications de cette recommandation, il est néanmoins précisé que les compléments sont donnés « *sur indication médicale notifiée ou sur décision éclairée de la mère* » (p.16)¹². Le terme « *éclairée* », souligne que l'équipe doit s'assurer que la mère y a suffisamment réfléchi. Pour cela, « *le personnel soignant informe la mère allaitante qui veut donner un complément à son bébé des risques de cette pratique* ». (p.16)¹². L'alimentation artificielle est donc qualifiée de dangereuse pour le nouveau-né.

Cette recommandation n'autorise pas le personnel à distribuer aux mères des documents qui préconisent les substituts ou boissons autres que du lait maternel.

Recommandation 8 : *Encourager l'alimentation « à la demande » de l'enfant.* (p.18)¹²

Le personnel doit transmettre à « toutes » (p.18)¹² les mères les signes d'éveil, les rythmes, l'importance de l'allaitement à la demande. Dans le cas où il s'agit d'une mère qui a choisi l'allaitement artificiel, le personnel soignant devra tout de même conseiller aux mères de proposer le biberon quand leur bébé cherche à téter mais aussi d'adapter les quantités et le nombre de biberon aux besoins du bébé.

Recommandation 10 : *identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés et leur adresser les mères dès leur sortie de l'établissement. Travailler en réseau.* (p.19)¹²

Dans cette condition, l'accent est mis sur les associations de soutien à l'allaitement maternel. Néanmoins, il est demandé aux professionnels d'informer toutes les mères sur les lieux clés, à même de pouvoir favoriser la croissance de leur enfant et veiller à leur bonne alimentation.

Ces mesures, mises en place par l'IHAB, montrent bien le positionnement de ce label face à l'alimentation du nourrisson. Il est demandé aux équipes d'accompagner individuellement chacune des mères, quel que soit le mode d'alimentation choisi. Toutes les mesures, quelles qu'elles soient, doivent être prises, en pré et postnatal, dans l'objectif premier de promouvoir l'allaitement maternel. Les documents divulgués aux mères doivent définir l'alimentation artificielle comme seconde alternative.

Après avoir traité les deux modes d'alimentation au sein de l'IHAB, nous allons maintenant axer nos recherches sur l'allaitement artificiel, thème choisi pour notre mémoire.

II. L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL

1. *Le concept d'allaitement artificiel*

a- Définition de l'opinion publique

Si on parle d'allaitement dans le langage courant, on pense spontanément à l'action désignant le fait de donner du lait, produit par la mère, à un nourrisson et donc au terme

d'allaitement maternel. Pourtant, le concept d'allaitement semble bien plus complexe puisque l'on parle aussi d'allaitement artificiel.

Le mot artificiel est quant à lui beaucoup plus généralisé, presque défini comme l'antonyme du mot naturel, ou plus précisément quelque chose de factice, créé de toute pièce par la main de l'Homme. D'ailleurs, l'opinion publique le place inexorablement dans les mots à caractère négatif, prônant toujours les bienfaits de la nature.

Pour autant, peut-on penser que l'allaitement artificiel suppose obligatoirement quelque chose de négatif ? Il serait intéressant de prolonger notre recherche en intégrant initialement une ou plusieurs définitions du dictionnaire littéraire et médical, puis de s'intéresser à différents auteurs et à leurs recherches à ce sujet, la finalité étant de pouvoir, en tant que professionnelles, se positionner et aboutir à une définition claire et personnalisée.

b- Définition des encyclopédies littéraires et scientifiques

D'un point de vue littéraire, le dictionnaire Larousse définit très brièvement l'allaitement artificiel comme une « *distribution de lait reconstitué à un jeune mammifère privé de l'alimentation lactée de sa mère* » (Larousse) ¹⁶. Même si cette définition concerne tous les mammifères, il n'en reste pas moins que ce procédé est traduit comme une alternative dans le cas où le sujet serait privé du lait maternel, visant donc à prioriser ce dernier.

Cependant, d'un point de vue plus scientifique, la notion devient différente et plus partagée. Si l'on s'appuie sur l'encyclopédie Vulgaris Médical ¹⁷, le concept est simplement cité comme « *l'utilisation du biberon à la naissance* ». Un lait maternel utilisé en biberon doit-il être considéré comme un allaitement artificiel pour autant ?

Le livre *Biologie de l'Allaitement*, quant à lui, ne parle jamais d'allaitement artificiel mais uniquement d'« *alimentation artificielle* » (BEAUDRY, M., CHIASSON, S., LAUZIERE, J., 2006, p.25) ¹⁸ au cours de laquelle l'enfant reçoit un « *substitut du lait maternel, sans être du tout allaité ni recevoir du lait humain* » (p.41). ¹⁶

Ainsi, un lait maternel donné au biberon n'est pas considéré comme un allaitement artificiel. Cela s'appuie bien sur le contenu et non le contenant.

Mais qu'en est-t-il des avis des différents auteurs ? Parlent-ils à nouveau uniquement d'alimentation artificielle et non d'allaitement ?

c- Définition d'auteurs

Le Docteur P. GRANDSENNE, pédiatre à la maternité de Saint Vincent de Paul de Paris, donne au mot « *allaitement* » une dimension bien plus généralisée. Il le définit comme « *nourrir un enfant au lait* » (GRANDSENNE, 2007, p.63) ¹⁹. Le mot « *allaier* » suppose donc aussi bien l'allaitement au sein maternel qu'au biberon à partir du moment où l'alimentation à

base de lait intervient. Il explique utiliser le même terme, d'une part afin de mettre les deux procédés sur un même piédestal, mais aussi afin de rassurer les mères ne souhaitant pas allaiter au sein en leur évitant tout sentiment de culpabilité.

Il va d'ailleurs beaucoup plus loin dans son ouvrage *Bébé, à Table!* en limitant le sens du mot artificiel. En effet, il définit le lait comme « *naturel* », puisqu'il s'agit bien d'un « *lait de vache que l'on a cuisiné, principalement dessalé, pour le rendre plus proche du lait de femme.* » (p.63)¹⁹ Dans cette optique, on peut donc en déduire que l'auteur définit bien l'alimentation artificielle comme un type d'allaitement, qui plus est, naturel et adapté au nourrisson.

Marie-Claude DELAHAYE, dans *Le grand guide de la future Maman* intègre bien la notion d'allaitement artificiel dans les « *modes d'allaitement* », (DELAHAYE, M., 2013, p.155)²⁰ sans pour autant lui donner un nom semblable. Elle parle simplement de « *laits maternisés* » (p.156)²⁰, (terme remplacé en 1994 par préparation pour nourrisson et préparation de suite). Elle définit d'ailleurs cette catégorie comme « *l'objet de recherches très approfondies à la seule fin de les rapprocher le plus possible du lait maternel* » (p.156)²⁰. On se rapproche donc beaucoup des ouvrages précédents avec l'idée essentielle de disposer les deux types d'allaitement sur une même base.

En revanche, D. ARMENGAUD, Chef du service de Pédiatrie-Médecine Néonatale de Saint Germain en Laye, ne parle pas lui, dans son ouvrage *Pédiatrie*, d'allaitement artificiel mais bien « *d'alimentation artificielle* », définie comme un ensemble de laits étant tous d'origine bovine et dont la composition est constamment « *réglementée par différents arrêtés* » (ARMENGAUD, D., 2003, p.285)²¹. Il relie l'allaitement uniquement au sein maternel.

Malgré tout, il ne dénature pas cette notion d'alimentation au biberon en la définissant comme « *tout à fait satisfaisante* » chose qui se confirme par la mise entre guillemets du mot « *artificielle* » (p.285)²¹ non pas pour citer une œuvre existante mais probablement afin de souligner la complexité du terme artificiel que nous avons abordé précédemment.

Cependant, à aucun moment D. ARMENGAUD ne parle du contenant utilisé pour ce type d'alimentation. En effet, il reste très synthétique dans la définition de l'alimentation artificielle, tout en évitant de discréditer celle-ci pour autant.

d- Résumé et positionnement :

Par les nombreux textes étudiés ci-dessus, on en vient à penser que le terme allaitement artificiel doit, bel et bien, être défini en tant que tel. En effet, même si certains d'entre eux préfèrent employer le terme d'alimentation artificielle, celui d'allaitement est souvent utilisé par les auteurs étant eux-mêmes des professionnels de santé. Il se définit alors comme le fait d'alimenter l'enfant au lait sans spécifier ni le contenant (sein ou biberon), ni l'origine du contenu (lait maternel ou lait animal).

Pour finir, chacun des auteurs insiste sur le caractère naturel du lait artificiel, chose qui semble contradictoire mais bien réelle : le lait est préparé de manière à se rapprocher au maximum du lait maternel. Un lait certes, animal ou végétal (soja, riz etc.), mais naturel et règlementé.

Tâchons donc en tant que professionnelles de santé d'établir une définition synthétique et réfléchie de cette notion : **L'allaitement artificiel est un mode d'alimentation intégrant l'utilisation de lait animal ou végétal naturel modifié, visant à substituer le lait maternel et à répondre aux besoins nutritionnels du nourrisson.**

Nous pouvons à présent nous interroger sur les origines des laits utilisés, l'évolution de l'allaitement artificiel au fil des siècles, ainsi que son devenir à court et à long terme. Ceci sera l'objet de notre seconde partie.

2. Allaitement artificiel et temporalité

a- Historique :

L'allaitement artificiel a su gagner sa place au sein des mœurs au vu des définitions qu'on lui attribue aujourd'hui. Mais qu'en était-il de sa place au cœur des sociétés de l'époque antique ? Notre réflexion se basera de façon chronologique et traitera les grandes périodes de l'Histoire : l'Antiquité, le Moyen-Age, La Renaissance et l'époque Contemporaine.

A l'ère de l'**Antiquité**, allaiter au sein semblait être une fonction primordiale voire même obligatoire, puisque l'on considérait que les traits de caractère se transmettaient par le biais du lait maternel (1999)²². Pour autant l'allaitement artificiel semblait presque rentré dans les mœurs. Soranos d'Ephèse, célèbre médecin de l'époque interdisait, dans ses écrits, l'allaitement maternel, pendant les trois premières semaines, celui-ci étant encore indigeste pour les nourrissons, au profit d'un allaitement artificiel riche en lait de chèvre et miel tiède dont le contenant se nommait le « *guttus* » (ROLLET, C. , MOREL, MF. , 2000, p.152)²³, très semblable au biberon mais en terre cuite ou en verre, des matières laissant forcément à désirer vis-à-vis de l'hygiène.

Il paraissait quoiqu'il en soit impensable pour l'époque de substituer l'allaitement artificiel à l'allaitement maternel, ce dernier restant un devoir propre à toute mère qui se respecte. Cependant, on peut dire qu'une place prépondérante était réservée à l'allaitement artificiel, intervenant déjà dès la naissance du nourrisson.

Au **Moyen-Âge**, le concept d'allaitement artificiel restait sensiblement le même. Certaines croyances incitaient par exemple les familles à privilégier l'allaitement artificiel, les deux ou trois premiers jours, jugeant le lait maternel encore trop indigeste. Le nouveau-né bénéficiait donc du lait de chèvre, comme à l'époque antique, puis du lait de vache, donné cette fois dans l'équivalent du biberon de l'époque : le cornet, une corne de vache percée en terre cuite ou en verre. (p.152)²³

Quoiqu'il en soit, clercs d'église, médecins, parents s'accordaient à privilégier l'allaitement maternel. A. Bidon, Docteur en histoire et civilisations médiévales dans son écrit, *L'alimentation artificielle des bébés aux Moyen-Âge*, parle de ce procédé comme « *pis-aller* » pour l'époque, c'est-à-dire, quelque chose qu'on choisit faute de mieux (BIDON, A., 2008).²⁴

Il précise aussi à l'époque que les raisons qui poussaient les femmes à choisir l'allaitement artificiel, étaient en partie les problèmes de santé. En effet, dans le cas où l'état de santé de la mère était déplorable, l'allaitement, qu'il soit au sein ou au biberon, était géré par une nourrice. Une deuxième alternative consistait à bannir d'emblée l'allaitement au sein pour bénéficier uniquement d'un allaitement artificiel à base de lait de vache.

Durant la **Renaissance**, le mode de vie changeant des femmes de l'époque, engendre une implication importante de la part des nourrices : « *une robuste paysanne est la bienvenue pour remplacer le lait faible, édulcoré, insuffisant des femmes du monde, épuisées par des mondanités incompatibles avec l'allaitement* » (FONTANEL, B., 1997, p.99)²⁵.

On retrouve d'ailleurs le même discours médical que dans les périodes historiques précédentes qui préconisait, quoiqu'il arrive, d'utiliser l'allaitement artificiel les vingt premiers jours de vie, le colostrum du sein maternel étant considéré comme « *un véritable poison* »²²; « *du sang blanchi* ». (p.99)²⁵

Jusqu'à la fin de cette période, et encore pendant toute la durée du XVII^{ème} siècle, cette pratique de mise en nourrice ne cesse de s'accroître, même si certaines croyances viennent à l'encontre de cette méthode, en déclarant que le nourrisson peut tout à fait hériter de déformations sévères en étant nourri de cette manière.

Au **XVIII^{ème} siècle**, la mortalité des enfants mis en nourrice inquiète fortement les autorités et entraîne inévitablement une réglementation plus stricte de ce type de commerce : une ordonnance le régissant est ainsi établie par Louis XIV. En effet, celle-ci obligera chaque nourrice à se munir d'un certificat d'identité et de moralité veillant probablement à faire preuve de bonne foi. (p.102)²⁵

C'est pendant l'**Époque Contemporaine**, que l'allaitement au biberon connaît un réel essor. Les médecins estimaient qu'il était beaucoup plus judicieux de laisser l'enfant dans sa propre famille, même s'il devait être nourri au biberon. L'académie de médecine reconnaît d'ailleurs que : « *l'allaitement artificiel est une ressource précieuse quand l'allaitement maternel est impossible et défectueux* » (ICARD, S. 1894)²⁶. On peut donc parler de période majeure qui changera totalement les mœurs face à l'allaitement artificiel.

En effet la première Révolution industrielle entraînera une mobilisation au service de la recherche sur le biberon, principalement centrée sur l'hygiène et le profit. La fabrication artisanale et unique des biberons est d'emblée remplacée par une fabrication industrielle et en série. (p.158)²³

C'est à la fin du **XIX^{ème} siècle**, avec un taux d'infections record, que les scientifiques seront amenés à se préoccuper inévitablement de la qualité du lait mais aussi de l'hygiène du biberon dans sa globalité. Se développeront ainsi les principes de stérilisation, avec d'ailleurs l'apparition en 1886, du premier stérilisateur pour le domicile. (DELAHAYE, MC., 2003)²⁶

De plus, la croissance urbaine amènera les femmes à évoluer sur le plan professionnel et ainsi entrer dans la vie active comme le précisent les auteurs de l'ouvrage *Des bébés et des hommes : « Ce mode d'allaitement est le produit et le reflet des grandes transformations économiques et sociales de l'époque : la mobilisation des femmes sur le marché du travail fût intense, rendant difficile l'allaitement par la mère. »* (p.165)²³

L'arrivée du **XX^{ème} siècle** ne fera que confirmer cette avancée en termes d'allaitement artificiel. Le problème de l'hygiène des biberons étant nettement plus réglementé, les scientifiques viendront, de ce fait, à perfectionner les laits en poudre, en les mélangeant avec de l'eau selon un dosage à respecter, néanmoins accessibles au grand public qu'après la période de la Seconde Guerre mondiale. L'ère pasteurienne fera ainsi de ce type d'allaitement, une source fiable totalement entrée dans les mœurs et les habitudes de vie des jeunes mamans. (p.161)²³. De nombreux gadgets en tout genre apparaîtront ensuite, toujours dans le but de favoriser l'allaitement au biberon.

Cependant, la seconde moitié du **XX^{ème} siècle** sera marquée par un retour à une médecine beaucoup plus ciblée sur l'allaitement maternel. Des associations de soutien aux femmes allaitant au sein, telles que la Leche League, voient le jour ; et la recherche médicale ne cesse de progresser.

Malgré certains avis médicaux mettant en péril ce procédé, il semble clair que l'arrivée des principes de stérilisations, de pasteurisation et des réglementations contrôlées ont fait de l'allaitement artificiel une véritable avancée dans le domaine de la prise en charge du nourrisson. Mais qu'en est-il aujourd'hui ? Nous nous sommes précédemment intéressées aux définitions accordées au principe d'allaitement artificiel par les auteurs, il est à présent temps de se consacrer à la valeur qu'on lui accorde dans notre société actuelle et à son devenir.

b- De nos jours et à l'avenir

Selon l'étude « Epifane », organisée entre mi-janvier et début avril 2012, sur 3365 naissances recensées, dans 136 maternités, 58,7% des bébés sont nourris au lait maternel à la naissance, 26,3% reçoivent des préparations pour nourrissons et les 15% restant bénéficient des deux modes d'alimentation. (INVS, 2014, p.453)²⁸

La vraie question est : Comment cet allaitement artificiel est-il perçu par l'ensemble des auteurs de nos jours ?

Marie-Claude DELAHAYE défend pleinement ce procédé, en rassurant les mères sur le choix de l'allaitement artificiel.

Si vous ne désirez pas allaiter... si vous optez pour l'allaitement artificiel, ne vous sentez pas coupable ; il vaut mieux pour votre bébé avoir une mère détendue et gaie, heureuse de donner le biberon, plutôt qu'une mère nerveuse, inquiète de savoir si elle a assez de lait, s'il est de bonne qualité et si son enfant tète suffisamment (2013, p.156)²⁹

Cela est donc un choix, offert à chaque mère, sans pour autant être jugé.

L'auteur met également l'accent sur la relation fusionnelle mère-enfant qui reste considérable pendant l'allaitement artificiel : « *La mère qui tient son enfant contre elle, en le faisant boire, lui donne tout autant de tendresse et d'amour* » (p.156)²⁹

Cette relation fusionnelle va même s'élargir en englobant l'intégralité du cercle parental, le père pourra à son tour profiter d'instaurer un lien étroit avec son enfant et participer à son alimentation : « *Il n'est plus un spectateur, qui se sent exclu et inutile, puisqu'il peut partager avec la mère cette fonction essentielle* » (p.156)²⁹.

J. COHEN-SOLAL, pédiatre, et René FRYDMAN, médecin-gynécologue-obstétricien, n'hésitent pas, eux aussi, dans leur ouvrage *Mon Enfant* à faire l'éloge de l'allaitement artificiel. Un lait artificiel semble être une alternative très efficace : « *la majorité des bébés poussent très bien avec des laits dont nous disposons actuellement* ». Puis ils traitent, à nouveau, du lien fusionnel qui est primordial lors de l'allaitement, qu'il soit maternel ou artificiel, l'important étant d'offrir aux parents et à leur enfant un moment d'échange privilégié. : « *Quel que soit le mode choisi, votre bébé est contre vous, vous le nourrissez, vous vous regardez, vous lui parlez doucement, il est dans votre chaleur.* » (COHEN SOLAL, J. FRYDMAN, R., 2008, p.61)³⁰

Il est clair que ces deux ouvrages traités élargissent le débat sur l'allaitement artificiel et sa place au sein de l'alimentation du nouveau-né, dans une société dans laquelle est prôné l'allaitement maternel.

Bien que le devenir de l'allaitement artificiel semble prometteur, l'objectif majeur sera encore et toujours de chercher à créer un lait le plus proche possible du lait maternel. Les nombreuses avancées dans le domaine de la recherche nous permettront probablement un jour d'égaliser ce contenu fascinateur.

« *A l'avenir, ils devraient être encore améliorés grâce à l'étude des anticorps, des vitamines, des oligoéléments et des hormones qui sont présents dans le lait maternel.* » (DELAHAYE, MC., p.156)²⁰

c- Témoignages et expériences face à l'allaitement artificiel

Rien ne sera plus efficace, comme entrée en matière, que de se confronter aux expériences de certaines femmes face aux choix de l'allaitement artificiel ou face aux nombreuses questions recueillies par le corps médical. C. GUEGUEN, sous la direction de J.

COHEN-SOLAL et R. FRYDMAN, énumère dans son ouvrage, les remarques faites par les femmes ayant fait le choix de l'allaitement artificiel (GUEGUEN, C. 2010, p 1086-1088)³¹ :

L'importance de l'image corporelle : « *L'allaitement abîme les seins* » ; « *le sein est une partie du corps extrêmement intime* ». On est souvent face à des femmes qui ne désirent pas voir changer leur image corporelle et craignent une déformation de leur poitrine à cause de l'allaitement maternel, et surtout une diminution du désir sexuel de leur conjoint. Des femmes, en somme, pour qui le corps occupe une place prépondérante.

La pudeur : D'autres seront, elles, trop pudiques, pour exposer cette partie au regard des autres : « *les femmes qui allaitent sont impudiques, indécentes* ». Cette remarque paraît pourtant un peu exagérée, au vu de la société d'aujourd'hui, qui n'hésite pas à exposer au grand jour la nudité féminine.

L'allaitement maternel vu comme un geste repoussant : « *Si j'allaitais, je me sentirais comme une vache à lait, un mammifère* » ; « *Cela me dégoûte, c'est répugnant* ». Certaines voient cela comme un comportement totalement réducteur ou comme revenir à l'état d'animal. Elles n'envisagent donc en aucun cas d'allaiter leur enfant avec le sein maternel et utilisent d'ailleurs le mot « bestial » pour définir ce procédé.

Pouvoir bénéficier de l'aide d'une tierce-personne et avoir du temps pour soi : « *Je souhaite que mon compagnon participe, qu'il se lève la nuit* » ; « *Il faut se réveiller plus souvent la nuit* » ; « *Je n'aurai plus de liberté* ». L'intervention d'une tierce personne, qui plus est, celle du père, lui permettra de devenir, non plus spectateur, mais bien acteur. Cette intervention laissera logiquement une liberté supplémentaire à la mère, lui permettant de parfaire à ses activités habituelles. En effet, le côté fusionnel de l'allaitement maternel peut parfois effrayer certaines mamans qui ont peur de ne pouvoir se détacher de leur enfant.

Le contrôle des quantités de lait : « *On ne sait pas ce qu'il mange* » ; « *Je veux être sûre de la quantité de lait que prend mon enfant* ». L'allaitement artificiel a ses avantages, c'est indéniable. Il permet notamment aux mères de pouvoir graduer la quantité de lait attribuée au nouveau-né. Difficile de gérer sa consommation lorsque l'enfant est au sein, cela reste sans nul doute un côté pratique qui pourra favoriser le choix de l'allaitement artificiel.

Le transfert générationnel : C. GUEGUEN explique qu'elle a, quelques fois, croisé la route, dans sa carrière de Pédiatre, de certaines mères ne souhaitant pas allaiter au sein à cause des préjugés inculqués par leur propre mère, au cours de leur éducation. En effet, ces femmes « *ont eu des mères qui elles-mêmes leur ont donné le biberon* ». L'auteur ajoute même, que lorsque la fille est dans l'optique de nourrir son enfant avec son propre lait, la mère cherchera inévitablement à dévaloriser ce procédé et décourager sa propre fille par des remarques ciblées : « *Le lait n'est jamais assez riche* » ; « *Tu es scotchée à ton enfant* » ; « *c'est une contrainte, c'est fastidieux* ».

Bien qu'on a tendance à prioriser spontanément l'allaitement maternel, le choix d'opter pour un allaitement artificiel reste parfaitement défendable. Face aux témoignages des femmes ayant fait ce choix, en ressort deux idées essentielles :

Un choix fait pour son côté pratique : par l'apparition d'une tierce personne favorisant la liberté de la mère et par la facilité à contrôler les quantités de lait.

Un choix fait parfois par dépit : les mères partent souvent dans l'optique d'allaiter au sein, mais se retrouvent face à de nombreuses contraintes qui leur feront choisir un procédé différent : modification de l'image corporelle, pudeur, transfert générationnel. Autant de raisons qui poussent à privilégier l'allaitement artificiel et à le valoriser.

En conclusion, il nous paraît essentiel, en tant que futures puéricultrices de santé, de connaître les facteurs culturels ou familiaux, influençant le choix des mères, afin d'y adhérer et de mieux comprendre ces dernières. Notre mission de puéricultrice étant d'accompagner les mamans dans leur propre épanouissement.

3. Classifications et spécificités de l'allaitement artificiel

L'allaitement artificiel impose aussi quelques contraintes, notamment certaines techniques à maîtriser, mais surtout un ensemble d'outils aidant à la préparation des laits. Nous énumérerons tout cela de façon synthétique dans cette partie.

Dans tous les cas, cet allaitement artificiel suppose des conditions d'hygiène irréprochables en vue de la préparation et du nettoyage des biberons, qu'il est important de connaître, pour pouvoir renseigner les mamans. Nous nous sommes appuyées sur *Le guide de la puéricultrice* (GAUSSIER, J., DE SAINT SAUVEUR, C., 2012, p.186,187,448)³², *Le Guide des mamans débutantes* (BACUS, A., 2014, p.30-32)³³ ainsi que *Le petit Larousse des enfants de 0 à 3 ans* (GAGEY, V., 2015, p.30-34)³⁴ afin de classer les différentes informations à transmettre :

a- Le matériel

Choix du biberon : Il est indispensable d'utiliser un biberon à graduations précises et lisibles de manière à pouvoir évaluer la dose d'eau versée et surtout la quantité bue par l'enfant. Il en existe deux types : celui en plastique, léger et facilement tenu par l'enfant, mais se ternissant rapidement ; mais aussi, celui en verre, résistant et durable dans le temps, mais risquant de se briser à la moindre chute. La forme, quant à elle, peut varier. On retrouve les biberons cylindriques, bien connus des mamans, les triangulaires, plus stables, ceux de forme coudée, permettant de donner le biberon de façon confortable en évitant l'absorption d'air et enfin les biberons ergonomiques, plus faciles à maintenir.

Il est inutile de parler des biberons en bisphénol, potentiellement toxiques pour l'enfant, puisqu'ils sont, depuis juin 2010, interdits à la vente et à la commercialisation. Il est

simplement nécessaire d'éviter les vieux biberons qui pourraient être encore conçus de cette manière.

Choix de la tétine : Il existe tout d'abord **trois matières** : le caoutchouc qui est souple mais s'use plus vite, avec un aspect rugueux, pouvant laisser un arrière-goût en bouche ; le silicone, plus dur et plus lisse ; le latex, moins répandu, ayant un risque allergisant. On peut également trouver **deux débits** : la tétine à débit variable avec trois vitesses différentes et la tétine à débit unique, avec un nombre d'orifices, variant en fonction de l'âge du nourrisson. Se développent également d'autres tétines selon les besoins du bébé (anti-colique, anti-régurgitation).

Puis, **trois formes** de tétines distinctes : bout rond, bout physiologique reprenant la forme du sein maternel et enfin à valve, afin de réguler l'entrée d'air et le débit du lait ingéré.

Ce matériel nécessite une hygiène particulière : il est recommandé de le rincer à l'eau froide, le nettoyer à l'eau tiède savonneuse, avec un goupillon et le laisser égoutter sans le sécher. La stérilisation, n'est plus indispensable, elle peut néanmoins se faire à froid, à chaud, ou à la vapeur.

Choix du lait : Bien qu'il existe une multitude de marques de laits infantiles, chacun d'entre eux est réparti dans plusieurs grandes catégories et obéit à des réglementations très spécifiques établies par la législation européenne. Avant appelés laits maternisés, l'arrêté du 11 janvier 1994 (ANNEXE 4) définit deux types de lait : le lait ou préparation pour nourrissons, de zéro à quatre/six mois ; et le lait de suite, de quatre/six mois à un an. Cet arrêté définit également un étiquetage réglementé ainsi que les règles de composition des laits. D'autres arrêtés réglementent les laits artificiels, nous les avons synthétisés en annexe.

Le premier lait pour nourrisson, choisi par les parents, est souvent identique à celui proposé en maternité. Dans le cas où celui-ci serait mal supporté, il peut être remplacé, puisqu'il existe une multitude de laits artificiels adaptés aux besoins du nouveau-né et fonction des souhaits des parents. Qu'il soit sélectionné pour son goût, ses valeurs nutritionnelles, son coût, ses vertus thérapeutiques ou ses valeurs religieuses, il n'en reste pas moins un produit de qualité se rapprochant au mieux du lait maternel. La classification des laits et leurs explications sont disponibles dans l'ANNEXE 5.

b- La préparation

Afin d'éviter toute prolifération bactérienne, il est nécessaire d'effectuer, au préalable, une hygiène des mains. Il est recommandé de choisir une eau plate, faiblement minéralisée, contenant moins de 500mg/L de sels minéraux, et ayant une teneur en nitrates inférieure à 15mg/L, à utiliser 48 heures après ouverture. Un logo apparaissant sur la bouteille, spécifie

qu'elle convient à l'alimentation du nouveau-né. Il est possible d'utiliser l'eau du robinet sous certaines conditions.

Il sera bon de verser la bonne quantité d'eau dans le biberon, en se basant sur la règle suivante : une cuillère mesure = 30 millilitres d'eau, de la faire tiédir au bain marie ou avec un chauffe-biberon en essayant d'éviter le micro-ondes qui peut fausser la température du biberon. Une fois le biberon chauffé, il suffira d'ajouter les cuillères-mesure arasées correspondantes.

Afin de vérifier la bonne température du biberon, il faudra simplement déposer une goutte sur l'avant-bras avant consommation.

c- La Pratique

Quantité : Tout dépendra de l'âge et du poids du bébé. En maternité, on débute par 10 à 20 mL et on augmente en fonction de la règle de Terrien (ANNEXE 6). Cependant, le meilleur guide, restera de laisser manger le nouveau-né à sa faim mais ne jamais le forcer. Un nouveau-né boira, en moyenne, toutes les trois heures Néanmoins, aujourd'hui, il est conseillé de respecter les rythmes du nouveau-né, et de mettre en place une alimentation à la demande.

La bonne position à utiliser : Afin de donner le biberon, il est nécessaire que la mère installe bébé en position demi assise, le nez dégagé, la tête reposant dans le creux du coude et les bras libérés, qu'il puisse profiter pleinement de ce moment d'échange. Afin d'éviter qu'il n'avale trop d'air, il faudra veiller à laisser la tétine remplie, en sachant qu'il est possible de positionner le biberon à l'horizontal, pour diminuer l'afflux de lait.

Il est important, en tant que futures puéricultrices, de maîtriser tous les aspects pratiques de l'allaitement artificiel, pour pouvoir informer les mamans, souvent soucieuses de vouloir faire au mieux pour le bien-être de leur enfant.

Après avoir défini le label « Ami des bébés », ses principes ainsi que ses intérêts pour la mère et le nouveau-né, nous avons étudié la place de l'alimentation artificielle au sein de ce label. Puis, nous nous sommes penchées sur l'évolution de ce mode d'alimentation ainsi que sa place au sein de notre société actuelle. Les recherches menées sur les critères de choix de cette alimentation et les notions essentielles à transmettre aux mères nous ont amenées à conclure que la mission principale de la puéricultrice de maternité est d'accompagner les parents, en leur transmettant ses savoirs. Nous allons maintenant étudier le rôle de la puéricultrice au sein du service de maternité, plus particulièrement, sa mission d'accompagnement.

III.L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PUERICULTRICE EN MATERNITE

1. *L'infirmière puéricultrice*

a- L'interdisciplinarité

L'accompagnement de la mère ayant fait le choix de l'allaitement artificiel fait, d'emblée, intervenir l'infirmière puéricultrice qui bénéficie d'une place primordiale au sein du service de maternité. Celle-ci travaille au sein d'une équipe composée de différents professionnels de santé, parmi lesquels : l'auxiliaire de puériculture, qui assure les soins de confort du nouveau-né et accompagne la mère dans ses apprentissages, le pédiatre, qui s'occupe de la prise en charge médicale, la sage-femme, qui surveille l'état de santé de la mère et bien d'autres. En effet, interviennent également en maternité : le gynécologue-obstétricien ou autres médecins spécialistes, le kinésithérapeute, la psychologue, l'assistante sociale, l'orthophoniste etc. Une équipe pluridisciplinaire veillant dans tous les cas au bon déroulement du séjour de la mère et de son enfant.

L'équipe est définie par le professeur R.LAFON, comme un groupe « où chacun apporte sa science, sa compétence, sa technique mais aussi sa personne » (p.85)³². Chaque professionnel, en maternité, intervient selon sa discipline et tous, œuvrent dans un même but, à savoir le bien-être de la dyade maman-bébé.

Une équipe de maternité doit donc fonctionner sous le modèle de l'interdisciplinarité impliquant « une compréhension intégrée des problèmes et des besoins (...) les échanges d'informations résultants des nombreuses interactions permettent aux membres de l'équipe un enrichissement mutuel au niveau des connaissances » (LAVOIE, J., FOUGEYROLLAS, P.)³⁵

Il faut noter que ce terme peut être aisément confondu avec celui de pluridisciplinarité, où les disciplines sont simplement juxtaposées induisant un cloisonnement des compétences et une absence de communication entre les différents professionnels.

Dans ce type de service, il est important de préciser que la puéricultrice veille toujours à travailler en interdisciplinarité, la prise en charge de la mère et son enfant nécessitant, en conséquence, que les membres de l'équipe communiquent entre eux, en vue d'une prise en charge totalement holistique. Il est donc évident que la puéricultrice possède des compétences, bien spécifiques, au sein de cette équipe, que nous allons tâcher d'expliquer par la suite.

b- La puéricultrice

Cette professionnelle doit être initialement capable de répondre aux attentes de chaque mère dans la limite de fonctions définies par des textes.

L'Infirmière Puéricultrice Diplômée d'Etat (IPDE) est définie de cette manière (CEPAME, 2007, p1)³⁶

La puéricultrice est un(e) infirmier(e) ou une sage-femme ayant suivi une formation spécifique sanctionnée par un diplôme d'état. Elle contribue à promouvoir, maintenir et restaurer la santé de l'enfant dans ses différents milieux de vie. Elle assure des responsabilités de soin (dans toutes ses dimensions), d'éducation, de gestion et d'encadrement.

Le référentiel d'activités des IPDE ajoute un élément important : « *Ses missions sont de promouvoir la santé de l'enfant, de la naissance à l'adolescence, de le protéger et de contribuer à son développement optimal en favorisant son éveil ; en tenant compte de son environnement familial et social.* »(DHOS/CG conseil 2009, p.2)³⁷

Il est important de rappeler, qu'en service de maternité, son rôle prend en considération toute la dimension familiale de la prise en soin, puisqu'elle a le devoir de veiller à la bonne santé du nouveau-né, mais aussi de la mère, par un accompagnement efficace et adapté. En effet, elle se doit de favoriser le bon démarrage de l'allaitement maternel ou artificiel ou encore l'établissement du lien mère-enfant ainsi que la réalisation des premiers soins. Ces détails sont soulignés de façon évidente par les auteurs de l'article *Etat des liens en maternité : parole de soignant* : « *la maternité 'soigne' la mère et l'enfant dans une dimension qui dépasse celle des soins corporels* » (A.VILLAND et al. 2012, p.487)³⁸

Tâchons maintenant d'expliquer ses activités et ses compétences. Nous avons choisi de ne traiter que celles en lien avec l'accompagnement, le reste étant, certes, important mais non en lien direct avec notre sujet. Celles concernant la maternité sont consultables en ANNEXE 7.

En maternité, la puéricultrice accompagnant les mères ayant choisi l'allaitement artificiel a pour mission de (p.2, 3)³⁷ :

- **Concevoir et conduire un projet de soins et d'éducation adapté à l'enfant** : agir en prenant en compte la singularité de chaque enfant et en adaptant les soins prodigués.

Elle doit réaliser des **soins et activités à visée diagnostique, thérapeutique et préventive auprès de l'enfant et de son entourage** : en ce qui concerne l'allaitement artificiel : la régularité des biberons, les bonnes postures à avoir etc.

- **Accompagner et soutenir des familles dans le processus de parentalité** : le rôle de parent est délicat, et il est du devoir de l'IPDE de les soutenir en **menant des activités éducatives et d'accompagnement à la parentalité**.

Il s'agit pour la puéricultrice d'accompagner les parents dans leur rôle de premiers éducateurs, et de les amener à développer des compétences en matière d'allaitement artificiel, afin d'aboutir à une certaine autonomie.

- **Evaluer l'état de santé et le développement des enfants et des adolescents :**

L'adaptation de l'alimentation du nouveau-né contribue à sa bonne santé et à son bon développement. La puéricultrice doit veiller au bon déroulement de l'alimentation de l'enfant en restant vigilante quant à sa bonne tolérance.

- **Concevoir et mettre en œuvre des activités de promotion de la santé de l'enfant et de protection de l'enfance**

Elle se doit de conduire des **activités de promotion de la santé dans une approche de santé publique et de protection de l'enfance** : Elle veille, en effet, à intégrer une alimentation adaptée à l'enfant (autant sur la quantité que la qualité des biberons) et à conseiller les parents ayant fait le choix de l'allaitement artificiel afin de favoriser au mieux la bonne santé générale du nourrisson.

Toutes ces compétences et activités nous confortent dans d'une véritable triade établie entre les trois intervenants :

Le terme Triade est défini de la sorte : « *Groupe de trois personnes ou choses étroitement liées* ». (Larousse)³⁹

- 1) **Nouveau-né** : étant le cœur de cette relation, en lien avec la mère pour l'attachement et l'alimentation, puis en lien avec l'IPDE pour la surveillance de l'état de santé.
- 2) **La mère** : en lien avec le nouveau-né par l'attachement et l'alimentation, puis avec l'IPDE par l'accompagnement et la surveillance accordés en vue de la bonne santé du nouveau-né.
- 3) **L'IPDE** : elle sera amenée à intervenir d'une part, auprès de la mère par le biais de l'accompagnement à l'alimentation artificielle (prévention et éducation) puis, chez le nouveau-né, en vue de son bon état de santé et de son bon développement.

Il s'agit donc d'une triade où chaque intervenant a son rôle à jouer auprès des deux autres. L'IPDE représente bel et bien un figurant de cette relation fusionnelle entre la mère et le nouveau-né en ayant des fonctions bien spécifiques, qui plus est, dans le processus de parentalité.

2. La mère

La naissance et le séjour en maternité sont des moments chargés d'émotions pour les parents, plus particulièrement la mère, puisqu'ils sont sources de profonds bouleversements tant hormonaux, que psychiques. Ces changements amènent la mère à modifier sa propre image corporelle, son identité et son rôle. L'entourage a d'ailleurs une place fondamentale dans le soutien de cet état.

La maternité représente la structure initiale que rencontre le nourrisson et où va s'établir le lien mère-enfant. En effet, « *Dès la naissance, le nourrisson et ses parents interagissent par le corps, le regard et la voix* » (COCHEREAU, A., 2013, p.20)⁴⁰. Le lien, qualifie alors ce qui se passe entre les deux partenaires de l'interaction. Il est le « *premier déterminant dans la construction de la personnalité d'un être et sa relation future à l'autre* » (STRUMEYER, C., 2013, p.15)⁴⁰. La qualité de ce lien, qui s'élabore dans les premiers jours de vie, est déterminante pour l'avenir des relations entre la mère et l'enfant.

Le rôle des différents professionnels de maternité est de contribuer à la mise en place de ce lien mère-enfant.

Selon E.DARCHIS (2012)⁴¹, psychologue clinicienne, l'établissement de ce lien traverse trois étapes, entre le premier et le sixième jour qui suivent la naissance:

La naissance psychique de la mère : les deux premiers jours, la mère adopte son enfant, elle l'observe et se tourne principalement vers lui, elle a un besoin fondamental de préserver le lien qu'elle avait avec l'enfant pendant sa grossesse.

La mère active et responsable : la mère, du deuxième au quatrième jour, va tenter de fonctionner dans son rôle. Elle prend conscience de la vulnérabilité de son bébé et met tout en œuvre pour répondre à ses besoins. En effet, elle souhaite être une mère idéale mais l'hypersensibilité fait naître en elle un sentiment d'incapacité. Comme le déclare E.DARCHIS (2010, p.4)⁴² : « *Il s'agit pour elle d'acquiescer, en tâtonnant, expérience et compétence, pour s'ajuster à son bébé immature. Dans ce processus, la mère peut craindre de ne pas être à la hauteur de sa nouvelle tâche.* » Elle ajoutera : « *le moindre petit écart avec la mère parfaite qu'elles voudraient être peut les dévaloriser.* » C'est l'étape du baby blues, déprime passagère de quelques heures, durant laquelle, elle doit faire le deuil de la mère parfaite « *pour devenir simplement une mère relativement adéquate et heureuse* » (p.4)⁴². Le rôle du père tient alors toute son importance dans sa fonction de soutien principal à la dyade.

Reconnaissance de ses capacités de mère : à partir du cinquième jour, mère et bébé se sont adaptés l'un à l'autre et cette dernière a réussi à renoncer à son idéal de mère parfaite. Elle s'est adaptée et ne doute plus de ses compétences. « *A cette étape, une certaine concordance, entre les rythmes de l'enfant et ceux de la mère, s'est installée...* » (p.4)³⁹

Aujourd'hui, le séjour en maternité se veut de plus en plus court, certaines mères multipares étant même amenées à quitter la maternité au bout de deux jours, ce qui ne laisse pas à la dyade le temps nécessaire pour l'élaboration du lien qui les unira définitivement. L'état psychique de la mère nécessite bien un soutien de la part de son conjoint mais également de tous les professionnels gravitant dans l'enceinte du service de maternité. En effet, l'accompagnement des soignants peut avoir de réelles répercussions sur la construction de ce lien, plus particulièrement, du deuxième au quatrième jour, lorsque la mère éprouvera un

sentiment d'incompétence. Le rôle de la puéricultrice sera alors de l'accompagner, de la soutenir et de la valoriser, afin que le retour à domicile ne devienne pas une véritable source d'angoisse, mais également, afin de permettre d'instaurer un lien de qualité.

Qui plus est, une des compétences du cœur de métier de la puéricultrice est bien l'accompagnement. Ce rôle est accentué dans la démarche IHAB qui préconise l'accompagnement de chaque mère, quelque soit le mode d'alimentation choisi. Dès lors que la mère fait le choix du biberon, dans une maternité ayant pour mission de promouvoir l'allaitement maternel, comment la puéricultrice doit-elle agir afin de se positionner comme accompagnante dans le projet des parents ? En tant que professionnelles de santé, il nous semble primordial de savoir définir l'accompagnement et d'en saisir le but. C'est ce que nous développerons dans la partie suivante.

3. L'accompagnement

a- Définition

Le concept d'accompagnement s'est développé depuis quelques années dans de nombreux secteurs, et notamment ceux où les relations humaines dominent. Pour l'infirmière puéricultrice qui travaille en maternité, cette notion d'accompagnement est essentielle dans l'établissement du lien mère-enfant et le soutien à la parentalité.

Le terme accompagnement, provient du verbe « *accompagner* » où « *cum* » signifie avec et « *pannis* », pain (LE BOUEDEC, G., 2001, p.23)⁴³. Il dérive du terme « copain » c'est-à-dire « *celui avec qui on partage le pain* ». La préfixe « a » vient du latin « ad » qui signifie « vers » et donne une idée de direction.

D'ailleurs, selon le dictionnaire le Petit Robert, accompagner c'est : « *se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui.* » (2004)⁴⁴

Lorsqu'on décompose ces définitions, apparaissent alors trois dimensions de l'accompagnement (CHARPENTIER, C., DUCHENE, M., 2009, p.6)⁴⁵ :

- **Relationnelle** : accompagner c'est « *se joindre à* », ou encore « *être avec* ». L'accompagnement est donc une relation entre deux personnes, une rencontre avec l'autre, avec qui on va cheminer un certain temps.
- **Spatiale** : « *pour aller où il va* ». Les deux protagonistes vont dans la même direction.
- **Temporelle** : « *en même temps que lui* ». Ils avancent ensemble, au même rythme.

Une autre définition du verbe accompagner est énoncée par P.VERSPIEREN : « *Accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas* » (1986, p.183.)⁴⁶ M. ROBERGE, lui, déclare que pour

l'accompagnant, « *le défi consiste à mettre au service de l'autre ses savoirs, son expertise, son expérience et son unicité, en s'assurant toutefois de ne jamais se substituer à cet autre, afin de lui permettre d'être le centre de la relation et du processus* » (2002, p.106)⁴⁷.

Accompagner quelqu'un ne veut pas forcément dire chercher à imposer ses idées ni lui donner des solutions mais bien, avant tout, respecter ses décisions. Il s'agit, non pas de « *faire à la place de* », mais bien « *avec* » (BEAUVAIS, 2009, p.3)⁴⁸

Dans un dossier de Sciences Croisées⁴⁵, C.CHARPENTIER et M.DUCHENE expliquent que la relation d'accompagnement est asymétrique et contractuelle. En effet, celle-ci résulte d'un accord entre deux personnes, d'une puissance inégale, dont le cheminement ne sera pas le même comme ajoutent les auteurs de *l'accompagnement professionnel* (VIAL, M., CAPARROS-MENACACCI, N., 2007, p.36)⁴⁹. D'un côté, on y trouve la compétence, qui « *visé le cheminement de l'accompagné* ». Dans le domaine qui nous concerne, cette fonction est celle de la puéricultrice. Puis, de l'autre, la demande, qui « *visé son propre devenir* », représentée par la mère.

Enfin, l'accompagnement remplit une « *fonction éducative* » selon LE BOUEDEC (p.11)⁴⁵ Eduquer c'est : faire croître, élever. Le but de l'accompagnement est de rendre autonome l'autre, de le faire cheminer, donc de lui permettre de s'élever.

Pour conclure, accompagner c'est donc être avec quelqu'un, être une « *personne-ressource* » (VIAL, M, p.34)⁴⁹ et le guider, en avançant à son rythme, et non celui que l'on aurait souhaité personnellement. Cela implique donc de s'accorder à l'accompagné, de cheminer avec lui et pour lui vers une direction que lui seul est libre de choisir. Il nous paraît important pour ce mémoire de justifier l'utilisation du terme relation d'accompagnement et non relation d'aide puisque tous deux sont très souvent confondus.

b- Relation d'accompagnement et relation d'aide : deux relations bien différentes

Les auteurs du livre *L'accompagnement professionnel*, précisent que « *l'accompagnement est une forme particulière d'étayage* ». Etayer c'est « *s'appuyer sur... pour tenir-que ce soit intentionnellement (étayer un mur, une voûte) ou non (les vieux arbres de la haie s'étayaient les uns les autres). C'est le résultat qui est visé. La façon de faire étayage, elle, varie* » (p.43)⁴⁹. L'accompagnement et l'aide sont donc deux variations de l'étayage : dans la relation d'aide, « *étayer c'est être au-dessus* » puisque le professionnel doit chercher à améliorer constamment un état de santé (DAULIN, R., 2012, p.8)⁴⁷. Dans l'accompagnement, étayer c'est être « *avec* ».

Dans leur article, C. CHARPENTIER et M. DUCHENE, résument la différence de ces deux relations :

Alors qu'aidant ou guide prennent en charge, imposent à leur manière une autorité et occupent une position haute dans la relation [...] L'accompagnateur se met au service de l'accompagné, (...) il n'agit pas « sur » ou « à la place de », il ne prend pas en charge, il agit « avec ». (p.19)⁴⁵

Alors que l'aide revient à secourir, l'accompagnement revient à accueillir l'autre sans intentions préalables, en s'ajustant à l'autre.

Après avoir fait cette distinction, il nous apparaît alors, plus clairement, qu'une puéricultrice se trouvant face à une mère, en maternité, ayant pris une décision quant au mode d'alimentation de son enfant, doit l'accompagner dans son choix, pour lui permettre d'être autonome. Cet accompagnement doit se faire en laissant de côté ses convictions de soignant et entraîne donc une réflexion éthique.

c- L'éthique de l'accompagnement

Nous l'avons abordé, l'accompagnant ne doit pas se substituer à l'autre. Or, il a lui-même ses propres représentations et convictions, dont il va devoir faire abstraction afin de pouvoir avancer aux côtés de l'autre. Il est nécessaire qu'il s'interroge sur ses pratiques, et qu'il renonce à disposer d'une réponse, à décider pour l'autre, dans le but d'accueillir ce dernier tel qu'il est dans sa globalité.

C. CHARPENTIER et M. DUCHENE déclarent : « *l'accompagnateur en cédant par le retrait et la retenue la place à l'autre est dans un exercice éthique, dans l'éthique de la relation. Cet exercice lui permettrait de ne pas viser la maîtrise de l'autre et d'ainsi se prémunir du fantasme de toute-puissance* » (p.18)⁴⁵

Selon M. BEAUVAIS, il s'agit d'aborder l'accompagné en tant que « *personne singulière, se construisant et agissant dans un environnement donné, environnement dans lequel, sur lequel et par lequel, ses choix et ses actes prennent sens* » (p.4)⁴⁸. Pour laisser la place à cette autre, qui est en demande, le professionnel va devoir s'ajuster, s'accorder, sans cesse, à l'accompagnée afin de ne pas la placer dans une situation de dépendance qui serait contraire à un accompagnement de qualité.

Afin que les convictions de l'accompagnant n'influencent pas le choix de l'accompagnée, il lui est indispensable de prendre de la distance par rapport à la situation. Comme le souligne R. DAULIN : « *c'est la qualification d'une juste distance qui pose la relation d'accompagnement* » (p.2)⁵⁰. Cette juste distance doit permettre le respect de l'intimité de l'autre. L. MORASZ déclare : « *La bonne distance n'est pas une distance fixe à trouver, mais un objectif « théorique » à avoir en tête, pour nous rapprocher du patient quand nos « réactions » humaines tendent à nous en éloigner, et à nous en distancier quand ces mêmes « réactions » nous en rapprochent trop au risque de la confusion* » (2012, p.187)⁵¹

La juste distance est donc la distance à laquelle le soignant n'est ni trop intrusif, ni trop indifférent. Il ne s'agit pas de réduire à néant ses affects, mais de les contenir afin de préserver l'intimité du patient.

La juste distance est donc une posture que doit adopter la puéricultrice dans le but d'un accompagnement de qualité, toujours dans l'optique de ne pas se substituer à la mère, ce qui pourrait induire chez elle un sentiment d'impuissance face à la connaissance de la

professionnelle et pourrait avoir des répercussions importantes quant au vécu de sa maternité. Mais quelles sont les autres attitudes que doit posséder tout accompagnant ?

d- Les qualités de l'accompagnant

Dans l'ouvrage *L'accompagnement en éducation et formation*, G. LE BOUEDEC définit trois fonctions essentielles que doit remplir un accompagnant : « *accompagner quelqu'un c'est, d'abord, l'accueillir et l'écouter, (...) ensuite, participer avec lui au dévoilement du sens de ce qu'il vit et recherche(...), enfin, cheminer à ses côtés pour le confirmer dans le nouveau sens où il s'engage* » (p.141)⁴³. Dans ces trois fonctions, il énumère différentes qualités nécessaires à l'accompagnant, telles que :

- **L'écoute** : en effet, rien ne semble plus important que cette fonction : « *Il faut beaucoup d'écoute pour rassurer des parents qui doivent être confortés dans leur rôle* » (SELLENET, C., 2002, p.111)⁵²
- La **disponibilité** et la **présence à l'autre** : comme le souligne M. CIFALI dans son article *Une altérité en acte, grandeurs et limites de l'accompagnement* : « *Savoir 'être là'* » est une première qualité» (1999, p.4)⁵³. Elle ajoutera plus loin qu'il faut également être présent, c'est-à-dire considérer « *toute situation comme importante et digne d'intérêt* »
- **Le non-jugement** : Encore appelé l'acceptation positive inconditionnelle, ce qui veut dire que « *le soignant accepte le patient tel qu'il est, sans jugement sur ce qu'il fait ou dit* ». (MANOUKIAN A, MASSEBEUF, A., 2012, p.61)⁵⁴
- **L'empathie** : c'est la capacité à se mettre à la place du patient pour le comprendre. « *Par sa capacité empathique à éprouver en lui-même ce que l'autre ressent, (...), l'accompagnateur contribue à instaurer une prise de conscience et à restaurer la confiance de l'accompagné en lui-même* » (LE BOUEDEC, G, p.144)⁴³
- **La réassurance** : Guy LE BOUEDEC dira : «*Fonction de réassurance donc, bien nécessaire lorsqu'on a pris un virage important, et que la simple présence attentive et bienveillante de quelqu'un à ses côtés remplit pour une bonne part* »⁴³

Enfin, dans un article de Science Croisée⁴⁵, les auteurs citent comme qualité **le respect**, que C. Rogers qualifie de « *considération positive inconditionnelle* ». Il le définit comme « *l'attitude qui consiste à accueillir et accepter chaleureusement autrui comme il est et en totalité* » (p.17)⁴⁵ attitude dans laquelle le soignant doit considérer l'autre comme unique et capable de faire ses propres choix.

Le soignant doit donc posséder toutes ces qualités afin de mettre en place un accompagnement optimal.

QUESTION DE RECHERCHE

Suite aux apports théoriques que nous venons de développer, nous avons pu découvrir que la labellisation « Ami des bébés » s'orientait principalement vers l'allaitement maternel, mais comprenait également des critères d'évaluation en ce qui concerne l'allaitement artificiel. Ce mode d'alimentation demande, de la part des professionnels, des explications théoriques et pratiques. L'infirmière puéricultrice travaillant en maternité, en interdisciplinarité, a pour mission d'accompagner l'enfant ainsi que sa famille et de favoriser l'élaboration du lien mère-enfant. Dès lors, face à la mission de promotion de l'allaitement maternel des hôpitaux labellisés, ainsi qu'aux différents critères élaborés pour favoriser le choix de ce mode d'alimentation, comment la puéricultrice prend-elle en charge une mère n'ayant pas choisi l'allaitement maternel ?

Ainsi, notre question de recherche a pu s'affiner et se redéfinir, ce qui nous amène à la formulation suivante :

Comment la puéricultrice, dans une maternité labellisée IHAB, peut-elle, en interdisciplinarité, accompagner de manière optimale une maman ayant fait le choix du biberon, afin de favoriser l'élaboration du lien mère-enfant ?

I. OUTIL D'ENQUETE

- **Choix de l'outil**

Pour cette phase exploratoire, deux outils d'enquête sont possibles : le questionnaire et l'entretien. Nous avons choisi de travailler grâce à l'entretien semi-directif. C'est une méthode d'enquête qualitative comportant des questions ouvertes et précises, qui permettent à la personne de s'exprimer librement. Néanmoins, les objectifs sont préalablement élaborés par l'enquêteur, qui se doit de recentrer l'entretien, dans le cas où l'enquêté s'éloignerait du sujet.

Cet outil impose des réponses spontanées ne laissant pas la possibilité de réfléchir sur la prise en charge idéale, réglementée par les textes définissant le rôle propre de la puéricultrice. Au contraire, le questionnaire est un outil d'enquête quantitatif qui ne permet pas d'avoir des réponses approfondies sur un sujet. En ce sens, il semblerait difficile d'évaluer l'attitude de la puéricultrice et le vécu de la mère concernant l'allaitement artificiel.

- **Choix de la population**

Notre travail s'articulant autour de la prise en charge de la puéricultrice mais également du ressenti des mamans, il nous paraissait évident d'interroger les deux types de populations, la finalité étant de réaliser des analyses croisées et de les comparer.

Nous avons trouvé judicieux de recueillir le témoignage d'une consultante en lactation quant à l'accompagnement d'un allaitement artificiel.

- **Choix des terrains**

Il nous a semblé intéressant d'effectuer nos entretiens dans deux hôpitaux différents : l'un ayant obtenu la labellisation très récemment (service B), l'autre ayant bénéficié de cette réévaluation tardive, confirmant à nouveau la labellisation (service A) ; afin de rechercher une éventuelle évolution des pratiques, bien que l'objectif final ne soit pas de les comparer.

- **Construction de l'entretien**

Pour rédiger nos questions, nous avons d'abord réfléchi aux objectifs que nous souhaitons atteindre au terme des différents entretiens, ainsi qu'aux recherches effectuées lors de la rédaction de notre cadre théorique. Nous avons construit nos entretiens mamans et puéricultrices sur la base de cinq questions associées à différentes relances. Nos grilles d'entretien sont disponibles en ANNEXE 8.

- **Limites de l'outil**

En débutant nos enquêtes, nous avons remarqué, lors d'un entretien test, que certains apports de notre cadre théorique n'étaient pas pleinement exploités. En effet, il nous paraissait judicieux d'identifier le terme utilisé par les puéricultrices afin de définir le nouveau-né nourri au biberon, ainsi que leurs représentations générales de l'allaitement artificiel. De plus, nous avons ajouté une question de relance aux entretiens des puéricultrices, concernant les critères de choix de l'alimentation, permettant de comparer leurs avis à celui des mères.

Lors de nos entretiens, l'une des questions porte sur l'évolution de la prise en charge depuis l'IHAB. Après avoir interrogé deux jeunes diplômées, nous nous sommes aperçues que ces deux entretiens seraient incomplets, celles-ci n'ayant pas connaissance de cette prise en charge avant la labellisation. Nous ne les avons donc pas interprétés.

De plus, il a été compliqué de s'entretenir avec les professionnelles de santé sur leur lieu et temps de travail. En effet, pour l'une d'elles, le manque de disponibilité a induit sur la qualité de l'entretien, instaurant irrémédiablement une barrière symbolique entre la professionnelle questionnée et nous-mêmes. Cette difficulté a ainsi entraîné des réponses très courtes, sans possibilité de relance, aboutissant à un argumentaire succinct. Il a, par conséquent, été difficilement exploitable.

D'autres difficultés ont également entravé nos entretiens : le téléphone qui sonne, un autre professionnel qui rentre spontanément pour demander un renseignement ; en somme, autant de facteurs perturbants pouvant nuire au bon déroulement des entretiens. Malgré tout, il nous a été possible de recentrer les entretiens, sans conséquences majeures sur leur contenu.

Concernant les entretiens mamans, nous n'avons pas pu les réaliser dans l'un des hôpitaux après un refus de la part de la cadre de santé. Nous avons par conséquent contacté les services de Protection Maternelle et Infantile en précisant les critères de nos entretiens, c'est-à-dire, concrètement, une maman qui a fait le choix du biberon et qui a accouché à un endroit type, à savoir, l'hôpital concerné. En effet, afin d'avoir des réponses corrélées, il était nécessaire de réaliser les entretiens « professionnelles » et « mamans » dans la même structure de soins. Nous avons contacté un premier service de PMI afin d'avoir l'opportunité de rencontrer une maman. Cependant, cette dernière ne parlant que très peu le français, les échanges durant l'entretien ont été assez limités, et ne nous ont pas permis de pouvoir pleinement les exploiter. Par la suite, nous avons été dirigés vers un second service de PMI, dans lequel les entretiens réalisés se sont déroulés dans d'excellentes conditions.

II. ENTRETIENS PUERICULTRICES

1. Résultats et analyse

- Objectif 1 : savoir si l'ancienneté dans le service influe sur la prise en charge de l'allaitement artificiel

Question 1 : Maintenant, vous allez vous présenter en nous précisant la date de votre diplôme de PDE et depuis combien de temps vous travaillez à la maternité.

Service	A		B		
	1	2	3	4	5
Puéricultrice					
Ancienneté diplôme PDE	14 ans	6 ans	29 ans	26 ans	12 ans
Ancienneté service maternité	25 ans	4 ans	19 ans	17 ans	6 ans

Deux groupes se distinguent : les puéricultrices avec plus de seize ans d'expérience (IPDE 1, 3, 4) et les puéricultrices avec moins de seize ans d'expérience (IPDE 2 et 5). Quatre d'entre elles ont connu le service de maternité avant la labellisation. La dernière (IPDE 2) a cependant connu la réactualisation du label, l'entretien reste donc intéressant et exploitable. La puéricultrice n°5 précise qu'elle est consultante en lactation.

Nous avons pu constater que les puéricultrices ayant plus d'expérience nous ont apporté des réponses plus précises et argumentées. Ceci se justifiant par les dires d'une puéricultrice : « *Pour moi ça a été vraiment plusieurs années de travail de réflexion, de questionnement sur notre pratique et ça a vraiment été positif* ». Effectivement, la labellisation est un cheminement se faisant en équipe, qui repose sur plusieurs années permettant aux professionnelles de s'imprégner de l'IHAB et de mettre en doute leur pratique afin d'améliorer la qualité de l'accompagnement. Cela nous conforte dans l'idée que c'est un « *réel investissement de la part de toute une équipe* », comme nous l'avons constaté lors des recherches effectuées sur la procédure aboutissant à la labellisation.

- Objectif 2 : connaître l'opinion des puéricultrices sur l'IHAB et ce qu'elles en retiennent. Savoir si la labellisation a modifié la pratique des puéricultrices.

Question 2 : Vous avez eu la labellisation IHAB. En quelques mots, expliquez-nous ce que ce label signifie pour vous ? *Quelles en sont, selon vous, les notions essentielles à retenir ?*

Au cours de nos entretiens, cinq notions essentielles sont revenues.

En premier lieu, quatre puéricultrices sur cinq évoquent l'importance d'encourager le lien mère-enfant par la **proximité et la cohabitation 24h/24**. L'une d'elle déclare que l'IHAB s'engage à « *favoriser la proximité du bébé avec sa mère pendant les soins* » elle ajoute « *c'est une chose que l'on n'a pas toujours fait avant...sur laquelle on s'est vachement amélioré* » (IPDE 4). En l'absence de labellisation, la relation mère-enfant n'était pas systématiquement priorisée. Cette notion est l'une des quatre classifiée dans notre cadre théorique mais il s'agit également de la recommandation n°7 de l'IHAB.

Puis, quatre des professionnelles citent la notion de **peau à peau**. L'ensemble associe également cette proximité à la **réalisation des soins en chambre** : « *avant les soins étaient fait là (pointe du doigt la salle de soins) (...) tout ça s'est terminé, on fait quasiment tout dans la chambre* » (IPDE 4), afin d'améliorer le confort des nouveau-nés (IPDE 2 et 3) : « *quand je fais un guthrie je le fais au sein ou quand la maman donne le biberon* ». Une dernière énonce les bienfaits de ce nouveau procédé : « *faire une prise de sang à un bébé dans les bras de sa maman, un enfant qui ne pleure pas, qui est rassuré, la participation des parents, moi je trouve que c'est génial.* » (IPDE 2). L'association du peau à peau et des soins en chambre à la proximité mère-enfant est en corrélation avec la classification élaborée dans notre cadre de recherches et correspond aux recommandations n°4 et 7.

La notion de **soutien à la parentalité** revient également trois fois (IPDE n°3, 4 et 5) : « *soutenir les parents dans leur projet, les investir et pas faire à leur place, vraiment les éduquer pour qu'ils prennent leur autonomie* » (IPDE 5), « *aide à la parentalité que ce soit pour l'allaitement maternel, pour les biberons* » (IPDE 3). Enfin, la puéricultrice n°1 nous parlera de la place du père et de la fratrie, beaucoup plus impliqués, selon elle, depuis la labellisation. Elle précisera que l'IHAB, c'est prendre en charge un bébé en incluant tout ce qui l'entoure. Ces notions se conforment aux principes de l'IHAB, à savoir d'un accompagnement centré sur la famille, incluant le père, mais également une écoute et un soutien individualisé permettant aux parents d'acquérir une certaine autonomie. La place du père fait également partie des quatre points traités dans notre cadre théorique

Enfin, les 5 puéricultrices évoquent **l'allaitement maternel** comme notion essentielle du label. Ce point sera abordé plus en détail dans une prochaine question.

Néanmoins, une puéricultrice nous dira « *au départ ça a avait été assez axé sur l'allaitement maternel et après ça à un peu changé, parce que l'alimentation du bébé ne concerne pas que l'allaitement maternel.* » (IPDE 4). Nous avons trouvé judicieux de relever cette notion, d'une part, puisqu'elle s'inscrit dans les recommandations de l'IHAB, plus particulièrement la première, qui préconise « *d'aider et de soutenir toutes les mères, qu'elles allaitent ou non* » en prodiguant des soins de qualité pour toutes les familles. D'autre part, puisqu'elle est similaire à la réflexion de M.PILLIOT, citée dans notre cadre théorique : « *si, à l'origine, il visait en priorité l'allaitement, il est vite apparu qu'il était bien plus que cela.* »

Les notions énoncées par les professionnelles interrogées reprennent donc la majeure partie de celles décrites dans le label et expliquées dans notre cadre théorique. Ceci montre que les équipes adaptent leur prise en charge et qu'elles maîtrisent les recommandations. Nous pouvons également en conclure que ce label ne vise pas seulement les mères allaitant au sein mais s'attache davantage à favoriser le lien mère-enfant et la parentalité.

- ***En quoi ce label a-t-il changé le fonctionnement de votre maternité ?***

La réponse des puéricultrices sur ce point est unanime ; toutes sont d'accord pour dire que la prise en charge du couple maman-bébé a évolué depuis la labellisation. « *je dirai que ça a complètement transformé mon travail, ma façon de voir les choses à 100%.* » (IPDE 1), « *je ne pourrais pas revenir en arrière* » (IPDE 2). « *C'est toute une pensée, une façon de travailler, alors c'est certes un label qui est quand même un gage de qualité dans la prise en charge de la maman du bébé et du papa, que l'on n'exclut pas* » (IPDE 5). Pour cette dernière, le label a permis un travail de réflexion en équipe sur les pratiques du service. La puéricultrice n°3 partage également cet avis et nous expliquera que grâce à la labellisation, les discours ont été « *retravaillés de façon à ce que tout le monde soit cohérent dans ce qu'il dit* ».

Ces propos se retrouvent dans notre cadre de recherches, plus particulièrement dans la citation de M. PILLIOT, selon lequel, l'IHAB « *change la façon de travailler (...) dans une équipe labellisée « amie des bébés », il devient vite impossible de revenir en arrière et de travailler comme avant* ». Au cours de nos entretiens, les puéricultrices nous font bien comprendre que cela a modifié leur organisation, leur prise en charge et leur manière d'aborder les familles.

Depuis la labellisation, les soins avec la participation des parents, et les moyens antalgiques sont majoritairement la succion ou le peau à peau. L'une d'entre elles nous précisera : « *on n'utilise plus du tout du tout de glucosé jamais jamais jamais, notre protocole antalgique c'est toujours ou peau à peau ou tétée* » (IPDE 1). Il faut noter que cela correspond aux recommandations n°7 et 9 de l'IHAB.

Depuis la labellisation, deux puéricultrices ont également vu une nette évolution en ce qui concerne les connaissances sur l'allaitement maternel : « *On a l'impression que l'allaitement on sait tout depuis toujours et en fait les conseils n'étaient pas du tout les mêmes et on baignait moins dans l'allaitement, les taux étaient vraiment catastrophiques* » (IPDE 5). Elle dit observer une augmentation du taux d'allaitement maternel depuis le label.

La puéricultrice n°4 clôture sa réponse ainsi : « *du grand changement. C'est un plus autant pour la mère que pour les bébés, même pour nous c'est top.*»

Les puéricultrices sont unanimes, la labellisation a entraîné un changement d'état d'esprit et a radicalement modifié leur façon de travailler, grâce à d'intenses réflexions sur les pratiques antérieures mais aussi grâce aux connaissances apportées en matière d'allaitement maternel, tout cela dans le but d'harmoniser les discours.

- ***Votre prise en charge a-t-elle évolué concernant l'alimentation des nouveau-nés ? Avez-vous modifié votre manière d'aborder l'allaitement artificiel ?***

En ce qui concerne l'allaitement maternel, les puéricultrices précisent qu'auparavant les techniques d'aide à la lactation étaient moins maîtrisées et que depuis l'IHAB : *« on met en place beaucoup plus vite qu'avant l'expression manuelle, le tire-lait etc. »*. La puéricultrice n°3 ajoute *« on aura recours aux compléments artificiels que quand vraiment on est coincé »*. Ces résultats coïncident avec nos recherches, puisque que l'IHAB stipule de n'utiliser les compléments de lait artificiel que sur indication médicale (recommandation 6) et d'aider la mère à entretenir la lactation (recommandation 5).

De plus, la puéricultrice n°5 nous transmet que certaines collègues ont du *« revenir sur leurs habitudes, se remettre en question »*. En effet, comme nous l'avons décrit, l'IHAB nécessite avant tout une réflexion commune sur les pratiques des équipes ainsi que la formation de tout le personnel du service (recommandation n°2).

En ce qui concerne l'allaitement artificiel, deux des puéricultrices (IPDE 1 et 2) nous déclarent que l'IHAB repose essentiellement sur l'allaitement maternel *« on travaille quand même beaucoup plus largement, il faut être honnête sur l'allaitement maternel que sur l'allaitement artificiel »* (IPDE 1). Cependant, trois puéricultrices nous exposent qu'aujourd'hui elles travaillent davantage sur l'alimentation artificielle. Les puéricultrices n°1 et 2 nous expliquent d'ailleurs que lors de la réévaluation, il leur avait été reproché de ne pas assez la prendre en considération. Depuis, les équipes ont retravaillé et des ateliers biberons sont mis en place afin que les mères *« aient la même considération »* (IPDE 1).

Cela se conforme à nos recherches : l'IHAB a pour mission de promouvoir l'allaitement maternel et est, certes, axé plus largement sur ce mode d'alimentation. Il n'en reste pas moins que les équipes ont également le devoir d'informer toutes les mères.

Trois puéricultrices s'accordent à dire que, depuis la labellisation, la maternité fonctionne selon l'alimentation à la demande, comme pour l'allaitement maternel. La puéricultrice n°5 explique que les mamans doivent faire confiance à leur enfant, et qu'il n'est plus nécessaire de le nourrir comme avant par trois heures *« on est beaucoup plus dans le respect de ce que veulent les enfants »* (IPDE 4). Ce qui sous-entend de s'adapter au rythme du nouveau-né.

Le terme d'« alimentation à la demande » s'inscrit dans la recommandation n°8 et a été classifié parmi les quatre points essentiels dans notre cadre de recherches. De plus, le formulaire d'auto-évaluation précise de transmettre à « toutes » les mères les signes d'éveil, les rythmes et l'importance de l'allaitement à la demande.

Cependant, toutes les puéricultrices affirment que la prise en charge en dehors de l'alimentation reste la même et va concerner le peau à peau, la proximité, la douleur : *« le bébé il*

va aussi être en train de boire son biberon pendant qu'on fait nos bilans autant qu'un bébé qui va téter le sein de sa maman » (IPDE 1).

Pratique et théorie se rejoignent : nos écrits montrent, à travers la recommandation n°1, l'importance que la politique d'établissement et la charte ne soient pas ciblées uniquement sur l'allaitement maternel mais sur des soins de qualité pour toutes les familles.

Trois puéricultrices évoquent qu'elles n'ont pas modifié leur manière d'aborder l'allaitement artificiel, que cela reste avant tout un choix de la maman et qu'elles doivent le respecter « *le but c'est vraiment d'accompagner avec empathie on va dire et pas de forcer à allaiter ou quoi que ce soit* » (IPDE 2), « *J'ai toujours estimé que c'était aussi important que l'allaitement maternel. Ce que je faisais avant, je le fais toujours maintenant* » (IPDE 4).

Nous avons vu, au décours de nos recherches théoriques, que de nombreuses recommandations de l'IHAB se destinaient aux mères ayant choisi l'allaitement maternel, afin de mettre tout en œuvre pour soutenir et encourager la lactation. Néanmoins, le label demande d'accompagner toutes les mères : les soins et les conseils en dehors de l'alimentation sont similaires quelle que soit la décision prise. De plus, les puéricultrices informent sur l'alimentation à la demande, nouvellement instaurée pour l'allaitement artificiel. Le label n'a entraîné aucun changement d'opinion des puéricultrices qui affirment que le choix d'alimentation appartient aux parents et doit être respecté.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Objectif 3 : Connaître l'opinion des puéricultrices sur l'allaitement artificiel |
|---|

Question 3 : Qu'est-ce que l'allaitement artificiel pour vous ?

- ***Quel terme utilisez-vous pour parler d'une alimentation au biberon ?***

L'ensemble des puéricultrices nous déclare utiliser le terme « alimentation artificielle » et non allaitement. D'ailleurs, la puéricultrice n°4 précise « *ce n'est pas un allaitement. Allaitement c'est quand même le sein* ». La puéricultrice n°3, quant à elle, nous explique qu'elle ne veut pas que la mère culpabilise en pensant d'emblée à l'allaitement maternel. Elle ajoute : « *on pourrait dire aussi peut être l'alimentation maternelle comme l'alimentation artificielle comme alimentation bio. Je trouve que c'est moins dans les jugements de dire alimentation qu'allaitement.* ». Cela entre en corrélation avec l'opinion publique, c'est-à-dire que l'allaitement désigne l'action de donner du lait produit par la mère à un nourrisson. Il est donc souvent apparenté au sein ce qui peut entraîner une incompréhension des mères donnant le biberon, lorsque les puéricultrices évoquent ce terme.

La puéricultrice n°5 nous dit, également, que le terme « artificiel » peut choquer certaines personnes : « *ils trouvent que c'est très péjoratif* ». Nous l'avons constaté lors de l'établissement de

notre cadre théorique, l'opinion publique classe inexorablement le terme « artificiel » dans les mots à caractère négatif.

L'avis des puéricultrices est donc bien unanime. Néanmoins, nos recherches nous ont amené à définir l'allaitement uniquement comme le fait d'alimenter l'enfant au lait sans spécifier ni le contenant, ni l'origine du contenu.

- ***Quelles représentations avez-vous de l'allaitement artificiel ?***

Concernant les représentations de l'allaitement artificiel, les puéricultrices nous expliquent que cela reste en priorité un choix de la mère. Choix que les professionnelles se doivent de respecter même si elles restent convaincues, par leur formation et leur expérience, que le lait maternel est le meilleur.

La puéricultrice n°5 nous dira, à ce sujet, « *en tant que consultante en lactation je vais avoir du mal à trouver le côté positif ; je suis convaincue qu'un bébé a besoin du lait maternel* », elle nous précisera plus tard qu'elle se « *retrouve plus dans les conseils à l'allaitement* ». La puéricultrice n°1 nous explique que, selon elle, l'allaitement maternel « *c'est maintenant pour moi comme une évidence, une maman qui accouche, l'allaitement c'est ce qui suit derrière. Je trouve ça, je ne sais pas, magique, magnifique, voilà, je n'ai pas d'autres mots quoi.* ». Sa réponse ne comportera d'ailleurs que le terme allaitement maternel, elle ne nous parlera pas de sa représentation de l'allaitement artificiel. Il nous faudra alors renouveler la question, à laquelle elle nous répondra : « *Bah on sait les bénéfices du lait maternel par rapport au lait artificiel* ». La puéricultrice n°3 déclare que cela est un choix de la maman et que ce qui la gêne le plus c'est l'échec d'un allaitement maternel. Elle terminera sa réponse par « *quand une mère a choisi l'alimentation artificielle bah voilà euh... c'est bien aussi.* ».

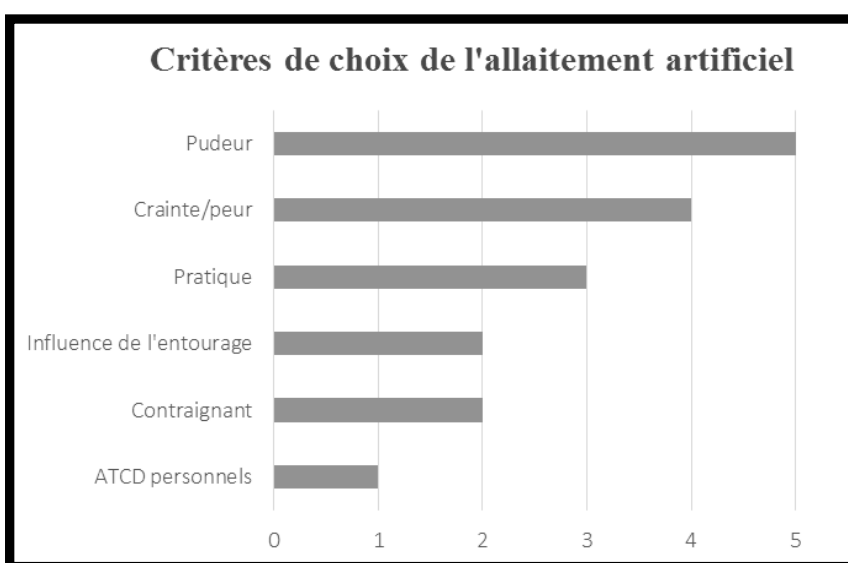
Dans la suite des événements, les puéricultrices n°1 et 5 nous précisent bien que dans leur rôle d'accompagnant, elles se doivent de respecter le choix de la mère « *je ne suis pas là pour juger et une maman qui a fait ce choix, je la soutiens, je l'informe et je ne suis pas là pour la culpabiliser loin de là* » (IPDE 5), « *il ne faut pas culpabiliser en quoi que ce soit une maman qui fait le choix d'un allaitement au biberon (...)* l'accompagner au mieux dans son choix et qu'elle ait une information éclairée » (IPDE 1).

La puéricultrice n°2 nous dit : « *Physiquement parlant, les mamans sont toutes différentes, elles ont des poitrines différentes, il y a plein de choses qui jouent, et bon je me dis le principal c'est que la maman soit sereine avec son enfant* ». Cette notion d'être sereine avec son bébé revient également chez la puéricultrice n°5 qui nous dit « *je pense qu'il vaut mieux une maman qui donne un biberon et qui soit paisible et sereine qu'une maman stressée qui fait ça un peu contrainte et forcée mais qui ne s'y retrouve pas* ». Cela s'apparente au propos défendu par MC. DELAHAYE, cité dans notre cadre théorique : « *il vaut mieux pour votre bébé avoir une mère détendue et gaie, heureuse de donner le biberon, plutôt qu'une mère nerveuse, inquiète de savoir si elle a assez de lait* ».

A travers leurs réponses, on peut affirmer qu'elles sont convaincues, de par leur formation et leur pratique, que l'allaitement maternel est meilleur pour la santé du nouveau-né. C'est aussi grâce au label, qui prône l'allaitement maternel, et qui incite les professionnelles à se former, notamment sur ce sujet. On voit également par le biais de leurs remarques, leurs hésitations sur le sujet, qu'elles vont parfois jusqu'à mettre au second plan l'utilisation d'une alimentation artificielle.

Malgré tout, nous avons pu voir que le rôle de la puéricultrice en maternité était d'accompagner chaque mère, peu importe ses choix d'alimentation, et que cela impliquait une réflexion éthique en mettant de côté ses représentations, ses convictions.

- **Quelles sont, selon-vous, les raisons du choix de l'allaitement artificiel ?**



Selon les puéricultrices, la pudeur est la raison principale pour laquelle la mère choisit de ne pas allaiter au sein. Elles ne se sentent « pas très à l'aise quand elles doivent découvrir leur poitrine » (IPDE 4)

Quatre des puéricultrices nous transmettent que les mères ont parfois peur de ne pas y arriver, d'avoir mal ou encore que cela déforme leurs seins mais également que « le côté fusionnel qu'on décrit dans l'allaitement peut faire peur à certaines parce qu'elles n'ont pas envie d'être 'esclaves', comme elles disent, de leur bébé » (IPDE 5). Cela sous-entend donc une contrainte, ce qui est confirmé par la puéricultrice n°3 : « elles ont le sentiment que c'est contraignant, qu'elles ne font que ça et qu'elles ne peuvent pas faire des relais ».

Trois puéricultrices nous expliquent que, dans l'allaitement artificiel, il y a aussi le côté pratique, dans le sens où cela n'est pas réservé qu'à la maman : « elles peuvent passer le relais ». C'est d'ailleurs à ce moment propice, que le père peut intervenir et passer de spectateur à acteur dans la prise en charge alimentaire du nouveau-né, qui plus est en favorisant la relation parent-enfant dans sa globalité, notion que nous avons décrite dans notre cadre théorique, en rapport avec la place du père au sein de l'IHAB.

Selon les puéricultrices, le choix de ne pas allaiter peut également venir de l'entourage « *le mari qui ne veut pas des fois* » (IPDE 4), ou alors d'antécédents personnels d'allaitement maternel qui n'aurait pas fonctionné.

Les critères de choix de l'allaitement artificiel cités par les puéricultrices rejoignent ceux évoqués dans les témoignages des mères, retranscrits dans notre cadre théorique. Toutefois, les professionnelles n'abordent pas la notion de contrôle des quantités possibles grâce au biberon, ni le poids des générations précédentes. Cette question sur les critères de choix de l'allaitement artificiel montre bien que les puéricultrices connaissent les raisons qui amènent les mères à faire ce choix. En ce sens, elles sont plus à même de les comprendre et de ne pas les juger pour autant.

- Objectif 4 : Comprendre l'accompagnement de l'allaitement artificiel et savoir quelles informations sont données aux mères. Savoir si elles jugent l'allaitement maternel plus prenant que l'allaitement artificiel.

Question 4 : Quand la maman a fait le choix du biberon, comment l'accompagnez-vous ?

Les deux services disposent d'un carnet de bord où les parents et professionnelles doivent notifier les quantités bues par le bébé. En observant ce carnet de bord, nous pouvons remarquer que l'allaitement maternel est mis en avant et plus détaillé. Les données sur l'allaitement artificiel sont disposées après celles concernant l'allaitement maternel, et aucune image concernant ce mode d'alimentation n'apparaît. Cela répond bien aux critères d'évaluation imposés par l'IHAB, stipulant que l'allaitement artificiel doit être placé en second plan, afin de le présenter comme une « *solution de remplacement* ».

Dans les deux services, est remis aux mamans un fascicule avec des informations sur les biberons : leur nettoyage, la préparation, la position etc. Selon l'IHAB, donner un document d'informations aux mères, n'est pas une exigence mais cela a été le souhait des deux maternités.

Dans le service B, une feuille de suivi d'allaitement artificiel, avec la courbe de poids ainsi que tous les conseils à donner pendant le séjour, est remise aux mères. Elle reprend : les rythmes du bébé, le besoin de proximité et le peau à peau, la préparation du biberon, quand et comment le donner.

Dans les deux services, les conseils de sortie sont donnés par la puéricultrice qui reprend avec les parents les notions abordées au cours du séjour.

Dans le service A, les puéricultrices nous racontent que, lors de la labellisation, il leur a été reproché qu'elles ne prenaient « *pas beaucoup en charge les bébés qui étaient nourris au biberon* ». A cet effet, ont donc été instaurés des ateliers biberon, menés en binôme par une puéricultrice et

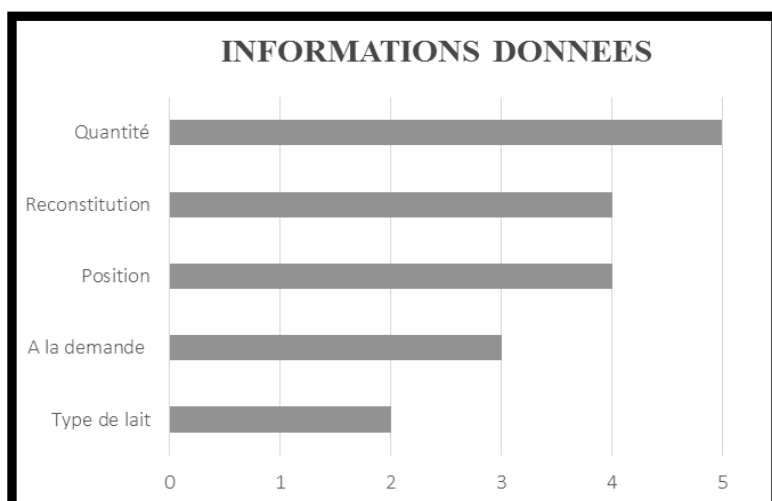
une auxiliaire de puériculture, au cours desquels étaient conviées les mamans optant pour l'allaitement artificiel, afin de leur expliquer concrètement la préparation d'un biberon. Avant, cela était fait en individuel, en chambre, mais sans le matériel de préparation adéquate. Désormais, ces ateliers sont faits en groupe, afin d'optimiser le temps, excepté pour les mamans « *très jeunes, mineures ou déficientes* » (IPDE 1) auquel cas est réalisée une démonstration en chambre, en individuel, « *pour ne pas qu'elles soient confrontées à leurs difficultés face à un groupe* ». Les puéricultrices nous transmettent que ces ateliers sont systématiquement proposés aux mamans : « *L'atelier ça se fait deux fois par semaine le mardi et le vendredi* » (IPDE 2)

Dans le service B, il est systématiquement proposé aux mamans primipares, une démonstration biberon, en chambre, par les auxiliaires de puériculture. Ces explications étaient auparavant données en groupe, deux fois par semaine, comme dans le service A, cependant les équipes ont souhaité changer leur pratique. En effet, une des puéricultrices nous explique : « *il y avait des parents qui venaient parce qu'ils se sentaient obligés, (...) je ne pense pas que pour autant elles étaient réceptives* ».

Comme nous l'avons abordé dans notre partie l'IHAB et l'information des mères, il est demandé aux équipes (recommandation 5) d'informer les mères qui donnent le biberon de la bonne installation, des règles de sécurité et d'hygiène, et des modalités de préparation des biberons. Ces informations sont réalisées dans les deux unités à travers un atelier ou une démonstration biberon, selon la volonté du service.

- **Quelles informations donnez-vous aux mamans qui allaitent au biberon ?**

En ce qui concerne les informations données, nous avons choisi d'établir un graphique pour mieux visualiser les résultats :



Nous constatons que les puéricultrices informent bien sur les quantités à donner, par biberon et par jour, mais aussi l'évolution de celles-ci dès le retour à la maison. Viennent ensuite les informations sur la reconstitution, grâce aux ateliers ou lors des démonstrations.

Puis, elles expliquent la position à adopter, l'alimentation à la demande et non plus par trois heures, « *le fait qu'on ai changé un peu nos pratiques, (...) c'est lui qui fait cette demande* » .

Deux puéricultrices nous disent renseigner les parents sur le type de lait à choisir. Les informations concernant l'eau à utiliser, les signes d'éveil, le nettoyage des biberons, ne reviennent qu'une fois dans nos entretiens.

Néanmoins, la puéricultrice n°5 nous dira « *moi j'ai l'impression que c'est plus l'auxiliaire qui encadre (...) le côté manipulation et comment reconstituer un biberon c'est plus elle qui l'aborde* » La puéricultrice n°3 appuiera aussi sur ce point : « *c'est souvent quand même les auxiliaires qui le font en première intention* ».

La puéricultrice en général semble intervenir sur les difficultés rencontrées par les mères: « *comment il boit, est-ce qu'il crache, (...) est-ce qu'il digère* » (IPDE 4).

Même si nous avons retrouvé la majorité des items traités dans notre cadre conceptuel concernant les informations à transmettre pour le bon déroulement d'un allaitement artificiel, il n'en reste pas moins que certaines notions, nous semblant essentielles, comme le choix de l'eau, les signes d'éveil et le nettoyage, ne sont cités qu'une fois. Aucune notion sur la température des biberons n'a été recensée, pourtant nécessaire à transmettre pour une primipare. Ne sont pas abordés le choix du biberon, de la tétine qui, sauf questions de la mère, ne nous paraissent pas indispensables, ceux-ci étant purement de nature matérielle.

La puéricultrice nous déclare que ce sont davantage les auxiliaires qui encadrent les mamans sur le côté pratique, ce qui montre bien un travail en interdisciplinarité en maternité.

Quand on confronte l'accompagnement des puéricultrices avec les recommandations de l'IHAB, nous remarquons que les signes d'éveils, qui doivent être indiqués, selon le label, quel que soit le choix d'alimentation de la mère, ne sont cités qu'une fois. Il nous est difficile d'en connaître les raisons : serait-ce une simple omission lors de l'entretien ou s'agit-il d'une information non transmise aux mères qui donnent le biberon ? En revanche, les puéricultrices semblent avoir été suffisamment sensibilisées à l'alimentation à la demande, critère essentiel du label, puisque trois d'entre elles l'évoquent dans nos entretiens.

- ***Quel mode d'alimentation, selon vous, demande le plus d'explications ?***

Concernant le temps passé dans les chambres, pour toutes, cela est une évidence, l'allaitement maternel demande plus de temps que l'allaitement artificiel. L'une nous dira d'ailleurs, concernant ce dernier : « *c'est vrai que dans les chambres on a une intervention qui est plus rapide* » (IPDE 4), une autre ajoutera : « *il y a beaucoup moins d'accompagnement, parce qu'en fait elles sont quand même beaucoup plus vite autonomes* » (IPDE 3)

Le temps octroyé aux mères n'a pas été traité dans notre cadre, mais il nous a semblé judicieux de recueillir la réaction des puéricultrices. Elles sont unanimes sur le fait que l'allaitement artificiel leur demande moins de temps, bien que les mères puissent rencontrer

des difficultés en choisissant ce mode d'alimentation. Elles se justifient en spécifiant simplement que ces mères acquièrent plus rapidement une autonomie.

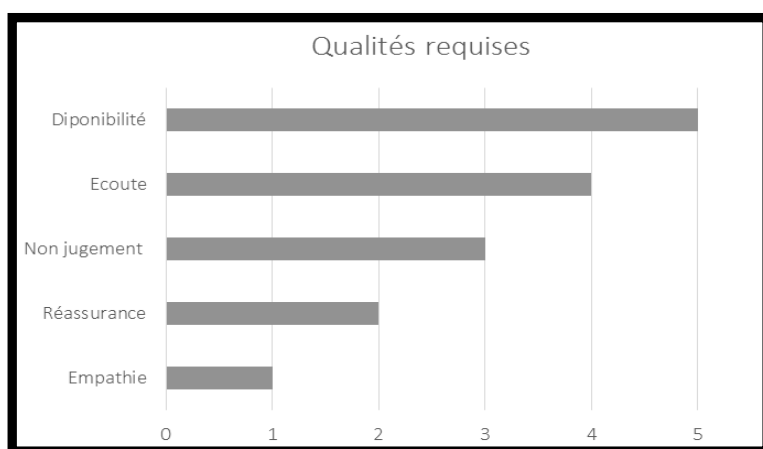
- **Objectif 5** : savoir si les puéricultrices sont conscientes des attentes des mères et connaître leur avis sur l'IHAB face à l'allaitement artificiel.

Question 5 : Selon vous, quelles attentes ont les mères qui donnent le biberon ?

A cette question, deux puéricultrices nous expliquent que les attentes sont similaires pour toutes les mères : « *je pense qu'elles attendent la même chose que celles qui sont allaitantes* » (IPDE 4). Cela nous montre qu'elles accordent autant d'intérêt, quel que soit le type d'alimentation choisie. En effet, elles évoquent que ces mères souhaitent « *un accompagnement, qu'on soit présentes pour les guider, leur donner des conseils adaptés* » (IPDE 4). Le terme d'accompagnement revient régulièrement au cours de nos entretiens et l'une d'elle le définit bien : « *Notre travail ce n'est pas de trouver les choses toutes faites c'est de leur donner des pistes pour qu'elles trouvent aussi d'elles-mêmes leurs recettes* » (IPDE 3). Cela correspond tout à fait à la définition de l'accompagnement utilisé dans notre cadre de recherches, à savoir que celui-ci implique de ne pas orienter la mère mais de s'adapter à son choix. Cet accompagnement repose sur une aide à la parentalité, en les informant au préalable, les conseillant, c'est-à-dire en les guidant, comme nous le déclare la consultante en lactation. D'après trois professionnelles, tout doit être fait pour que les mères passent un séjour agréable et rentrent sereines à leur domicile. « *elles attendent de nous de passer un séjour en maternité agréable, tourné sur leur enfant, les pères aussi quoi, pour qu'ils ressortent ravis de ce qu'ils ont vécu et puis d'être sûrs d'avoir fait le bon choix* » (IPDE 3).

○ **Quelles sont les qualités qu'elles recherchent chez vous ?**

Nous avons souhaité regrouper les réponses des professionnelles interrogées selon un diagramme précis énumérant la nature et le nombre des réponses récoltées :



L'ensemble des puéricultrices nous parlent de disponibilité, deux ajoutent même le mot « *présence* » (IPDE 2 et 4), associé à celui de disponibilité dans notre cadre théorique.

Les autres qualités citées sont essentiellement l'écoute ainsi que les capacités des

professionnelles à rassurer les mamans.

Le non-jugement est également important, surtout lorsque l'on travaille en maternité. En effet, la professionnelle n°1 nous explique certains retours de la part de mamans « *moi je n'allaiter pas donc je suis une mauvaise mère* » (IPDE 1), elle ajoute : « *elle a le droit de ne pas allaiter sans que je n'ai de jugement à apporter* » et son rôle, en tant que professionnelle de santé est de respecter le choix, les croyances.

Une seule des puéricultrices utilisera le terme d'empathie « *le but c'est vraiment d'accompagner avec empathie on va dire et pas de forcer à allaiter* » (IPDE 2)

Les qualités citées par les puéricultrices correspondent à celles définies dans notre cadre de recherches ; la disponibilité est une des qualités prépondérantes à posséder selon elles. Le non jugement semble aussi être primordial. En effet, dans la plupart de nos entretiens, les puéricultrices nous démontrent accorder un point d'honneur à ce que le choix de la mère soit respecté et qu'elles ne se sentent pas jugées.

○ **Comment le label IHAB permet-il de répondre à ces attentes ?**

Selon les professionnelles du terrain, le label IHAB permet de répondre aux attentes des mères qui allaitent artificiellement, puisqu'il ne concerne pas seulement l'alimentation du nouveau-né, mais aussi tout ce qui gravite autour afin d'améliorer le lien mère-enfant. « *Qu'on allaite ou qu'on n'allaiter pas, il y a ce peau à peau, il y a le soin dans les chambres, il y a cette démonstration biberon si elles ont envie de l'avoir* » (IPDE 3). La puéricultrice n°1 conclura : « *Au bout du compte, elles bénéficient de tout sauf que comme c'est plus facile entre guillemets de donner un biberon on intervient moins dans les chambre* ». Cette majorité tend à nous faire comprendre que, peu importe le choix d'alimentation, l'élaboration du lien mère-enfant est bien une priorité en service de maternité. Comme le stipule la recommandation n°1, « *il est important que la politique et la charte ne soient pas ciblées uniquement sur l'allaitement mais sur des soins de qualité pour toutes les familles* ».

Nous avons également vu que l'IHAB recommandait un soutien personnalisé et individualisé, ce que nous transmettent également les puéricultrices des deux terrains. Il permet un « *accompagnement plus personnalisé qu'avant* » (IPDE 4). Bénéficiant d'une certaine expérience en maternité, une puéricultrice nous explique qu'elles sont désormais plus attentives au projet des parents.

En effet, même si le label demande aux équipes de faire la promotion de l'allaitement maternel, le choix de la mère doit être respecté : « *peut-être que les mères qui n'allaitent pas peuvent se sentir, entre parenthèses, jugées parce qu'on fait quand même beaucoup de publicité sur l'allaitement mais bon je leur dis toujours on fait de la pub sur le bio on ne mange pas tous bio quoi(...) je pense que ça a été un progrès pour tout le monde, pour l'allaitement et le non-allaitement* ». Ces propos confirment clairement le fait, que peu importe notre mode de vie ou nos habitudes, le mode d'alimentation sera toujours personnel et appartiendra, quoi qu'il arrive, aux parents. Il n'en reste pas moins qu'en

tant que professionnelles de santé, notre devoir est de les respecter, et non leur imposer quoi que ce soit, afin de permettre un accompagnement de qualité.

Dans notre cadre de recherches, nous avons abordé les principes de l'IHAB, ceux-ci indiquent de se centrer sur les besoins du nouveau-né, d'assurer un accompagnement individualisé et de travailler en équipe et en réseau pour le suivi pré, péri et postnatal. Il n'est pas abordé dans ces principes le terme d'allaitement maternel, ce qui montre bien que l'IHAB n'est pas strictement axé sur ce mode d'alimentation mais bien adressé à toutes les mères ayant choisi un mode d'alimentation spécifique.

A la fin de l'entretien, une des puéricultrices nous confie que *« c'est un peu compliqué aussi pour nous parce qu'on est malgré tout amené à encourager l'allaitement. Et là on doit trouver aussi nous des arguments pour ce non-allaitement »* (IPDE 3). Cette difficulté est également traduite par la consultante en lactation, qui nous explique, en parlant des réunions anténatales, que : *« C'est hyper difficile ... parce qu'on a envie de faire passer un message auquel on croit, c'est que l'idéal c'est d'allaiter et que il n'y a que des avantages, mais à côté de ça il faut respecter le choix des autres mamans et qu'elles se sentent entendues et pas jugées »*

Ces difficultés ressenties par les puéricultrices nous renvoient à nos recherches initiales puisqu'elles dénoncent clairement qu'en service de maternité, l'accompagnement individualisé implique, pour le professionnel de santé, de faire face à un choix éthique, entre ses valeurs et celle de la mère. Il est quoiqu'il en soit indispensable de respecter que la mère puisse avoir des représentations différentes des nôtres, et donc en ce sens de trouver la « bonne distance », terme décrit dans notre cadre de recherches, afin d'éviter une certaine intrusion ou, au contraire, une indifférence à l'égard de la mère. Les puéricultrices semblent en avoir conscience. En effet, en abordant le respect et le non-jugement, elles se définissent de la même manière que l'accompagnant type abordé précédemment dans notre cadre conceptuel.

2. Conclusion

En conclusion, il est sûr que l'IHAB a permis un changement radical des pratiques, fortement ressenti sur le terrain. Il permet une prise en charge dans la globalité afin d'assurer un soutien à la parentalité et de permettre à la famille d'être la plus autonome possible. Malgré tout, dans une maternité assurant la promotion de l'allaitement maternel où les critères d'évaluation imposent une augmentation de cette pratique pour obtenir la mention « ami des bébés », mais aussi face à une société encourageant ce choix d'alimentation, les mères non concernées peuvent se sentir parfois mises de côté. C'est pourquoi, afin d'accompagner au mieux les familles vers l'autonomie, les professionnels doivent veiller à ce que leurs propres convictions ne dépassent pas leur devoir de soignant qui est, dans le cadre du label, d'assurer un soutien individualisé et personnalisé.

Cet accompagnement, nous l'avons vu, implique une réflexion éthique et des qualités essentielles telles que la disponibilité, la présence, l'écoute. Le professionnel aura pour rôle, peu importe les raisons ayant amené une mère à choisir l'allaitement artificiel, de favoriser la mise en place du lien mère-enfant, en rassurant au mieux la mère dans son choix personnel, afin d'éviter toute répercussion du sentiment de culpabilité.

Au décours de nos entretiens, on peut nettement apercevoir un lien évident entre les dires des professionnels et nos recherches personnelles. En effet, les puéricultrices, comme le recommande l'IHAB, vont accompagner toutes les mères de la même manière en expliquant le peau à peau, en assurant la proximité 24h/24, en somme, en répondant au besoin de relation du nouveau-né, dans le but de d'établir la construction du lien qui les unira à jamais. Qui plus est, les équipes ont mis en place divers moyens afin d'accompagner l'allaitement artificiel ; critère d'évaluation du label.

Pour finir, ces entretiens puéricultrices retranscrivent bons nombres de points abordés dans notre partie théorique. Nous pouvons également constater qu'elles sont dans une démarche d'accompagnement et qu'elles répondent aux besoins des nouveau-nés, quel que soit le mode d'alimentation choisi par la mère. Elles se présentent comme un véritable soutien pour les mères, sans jugement, dans le respect des valeurs de la personne accompagnée.

Néanmoins, nous souhaitons connaître l'avis des mères sur le sujet. Comment ont-elles vécu leur séjour dans une maternité « amie des bébés » et qu'attendent-elles réellement des professionnels du terrain ? C'est dans cette optique que nous avons choisi de rencontrer quatre mamans, dont nous allons analyser les entretiens ci-dessous.

III. ENTRETIENS MAMANS

1. Résultats et analyse

Dans un souci d'anonymat, nous nous sommes imposé l'intégration de prénoms fictifs afin de définir les mères interrogées lors de nos entretiens.

- Objectif 1 : savoir si l'âge ou la parité influe sur le choix de l'allaitement

Question 1 : Maintenant, présentez-vous en nous précisant votre âge, le nombre d'enfants...

Mère	1 : Max	2 : Tom	3 : Léo	4 : Noé
Age (en années)	32	32	25	34
Parité	2 ^{ème}	2 ^{ème}	2 ^{ème}	3 ^{ème}
Allaitement maternel pour les aînés ?	Non	Non	Non	Non

La question de l'âge a été posée spontanément aux mamans mais n'a pas de réel intérêt pour notre analyse, puisque elles se situent toutes, sans exception, dans la même tranche d'âge. Elle était surtout posée dans un cadre introductif.

Les informations recueillies par le biais de cette question, nous permettent également de constater que l'allaitement artificiel était choisi dès la première grossesse et que le souhait des mères s'est maintenu volontairement pour les grossesses suivantes. Nous en concluons donc que ce choix n'est pas lié à l'échec d'un précédent allaitement maternel, critère pourtant cité par les puéricultrices. Néanmoins, deux d'entre elles (Maman 2 et 4) ont souhaité réaliser la tétée de bienvenue, afin de d'inaugurer l'échange mère-enfant.

- **Objectif 2** : savoir pourquoi l'allaitement artificiel leur convient plus et les facteurs qui les ont orientées. Savoir si les professionnels rencontrés influent sur leur choix d'allaitement et si elles ont été informées pendant leur grossesse

Question 2 : Comment s'est fait le choix de l'alimentation de votre enfant ?

Les réponses sont unanimes, pudeur et pratique sont les deux raisons pour lesquelles les mères renoncent à l'allaitement maternel. Concernant la pudeur, qui revient en premier lieu dans nos entretiens, la maman de Noé nous dira « *je ne l'aurais pas fait par plaisir, ça aurait plus été une obligation qu'autre chose... Et puis débiller ses seins comme ça en pleine rue ou chez des amis ou de la famille, ce n'était pas mon truc du tout* » ; la maman de Tom, elle, nous avouera « *je ne suis pas très à l'aise à montrer mon corps* ».

Le côté pratique de l'allaitement artificiel est tout d'abord justifié par la possibilité que le père puisse également donner le biberon et ainsi participer à l'alimentation de son enfant « *Papa voulait donner le biberon aussi donc on a trouvé ça plus simple* » (mère 1), mais aussi puisqu'il est plus simple d'évaluer les quantités prises par le nouveau-né « *c'est pratique de voir la quantité sur la journée* » (mère 1). De plus, elle nous dira « *tout le monde peut le garder finalement, on n'est pas attaché tout le temps à lui* ». On peut apparenter cette explication au lien fusionnel qui peut faire peur à certaines mamans, comme nous l'a expliqué la puéricultrice n°5 au cours de l'entretien.

L'intégralité des réponses obtenues lors de nos entretiens rentrent parfaitement en lien avec les données établies lors du cadre conceptuel ou celles recueillies pendant les entretiens puéricultrices, notamment quant à la praticité de l'utilisation de ce mode d'allaitement.

- ***Pendant votre grossesse, avez-vous reçu des conseils de professionnels sur le choix d'alimentation ? Avez-vous participé à des réunions collectives ? Cela a-t-il permis de répondre à vos interrogations ?***

Les quatre mamans interrogées ont rencontré des professionnels pendant leur grossesse mais nous précisons d'emblée que ces derniers ont respecté leur choix sans chercher

à l'influencer. « Elle n'a pas essayé de me convaincre, elle m'a renseigné sur les bienfaits tout ça mais sans essayer de forcer la chose » (mère 1), « On m'a souvent posé la question mais on a respecté mon choix sans être insistant » (mère 2). Aucune d'entre elles n'a participé à des réunions collectives, cela ne nous permettant pas de faire un lien direct avec notre cadre de recherches, où nous avons expliqué que, l'IHAB recommandait, que les questions des mères donnant le biberon n'étaient pas souhaitées au décours des réunions collectives.

Il est donc évident de constater que les professionnels rencontrés n'influent en rien sur le choix d'allaitement des mamans, même si certaines informations sont énoncées spontanément quant aux bienfaits de l'utilisation de l'allaitement maternel.

- Objectif 3 : savoir si le label est connu, si le choix de l'hôpital est lié à l'IHAB et les raisons de ce choix

Question 3 : Pourquoi avoir choisi cette maternité ?

Concernant le choix de la maternité, deux mamans nous déclarent connaître le label sous le nom d' « Ami des bébés », elles ont accouché dans l'établissement dont la labellisation est plus ancienne. Est-ce simplement une coïncidence ou peut-on affirmer que la date de labellisation de la maternité semble influencer sur la connaissance du label de la part de la population ?

La mère de Max, nous explique d'ailleurs, « il y avait ce label ami des bébés, je me suis dit, c'est que ça doit être réputé aussi pour ça, j'ai bien fait parce que c'est vrai que il y a une sacrée équipe ». Celle de Tom saura même nous préciser quelques recommandations : proximité mère-enfant, non séparation, soins en chambre. Elle ajoutera « c'est un critère qui est important pour moi(...) le label amis des bébés a fait que je préférais être suivie ici ».

Pour ces deux mamans, le label semble donc avoir largement contribué au choix de la maternité. De plus, lorsqu'elles l'évoquent, elles n'y associent jamais l'allaitement maternel. Ceci nous amène à penser que malgré la mission de promotion de l'allaitement maternel des hôpitaux « Amis des bébés », les mamans interrogées se sont tournées vers ces maternités afin de bénéficier de l'accompagnement et le soutien à la parentalité qu'ils fournissent.

Trois mères nous transmettent avoir accouché dans cette maternité pour leurs aînés dans un souci de proximité et avoir été très satisfaites de l'équipe : « au niveau du personnel on m'a toujours bien encadrée quand j'avais une question on m'a toujours bien répondu, on est bien accompagné (...) c'est une bonne équipe » (Mère 4). La maman de Tom nous transmet son enthousiasme « je conseillerais à tout le monde d'accoucher ici, je trouve justement qu'on n'est pas jugé par rapport au fait de ne pas allaiter, on nous met pas de pression, on nous respecte, on est bien suivie, tout le monde est aux petits soins

autant du bébé, que de la maman, enfin, je recommande. ». L'équipe semble donc répondre aux attentes des mamans.

Lorsque nous détaillons quelques recommandations du label, nous demandons aux mères si elles ont pu constater l'application de celles-ci et les interrogeons plus particulièrement sur l'utilisation du peau à peau. Les quatre mamans nous disent avoir eu l'occasion de le pratiquer, d'une part, en salle de naissances mais également, dans le service de maternité. Deux d'entre elles évoquent les soins effectués en chambre : *« j'apprécie vraiment parce que tous les soins se font en équipe avec nous et pour le bébé c'est idéal »*.

Il est donc clair que les recommandations du label sont identifiées sur le terrain, puisqu'il est d'ailleurs proposé également aux mères qui allaitent au biberon, de pratiquer librement le peau à peau ou encore de participer aux soins (recommandation 4 et 7).

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Objectif 4: savoir quels types d'informations les mères ont eu durant leur séjour. |
|---|

Question 4 : Pendant votre séjour en maternité, quelles aides vous ont apporté les puéricultrices concernant le biberon ?

L'alimentation à la demande, est une des informations citées en premier lieu par les mères : *« Maintenant ce qui a changé c'est le fait qu'on donne le biberon à la demande comme au sein aussi »* (Mère 2). Cela est une recommandation de l'IHAB et a été énoncée par les puéricultrices des services de maternité.

La position correcte à adopter pour donner le biberon est également une des informations transmise selon trois des mamans interrogées.

En ce qui concerne la pratique de préparation des biberons, une seule maman a participé à un atelier suite à la proposition du personnel. Elle a accouché dans le service A, qui, comme nous l'avons expliqué précédemment, réalise régulièrement des ateliers collectifs. La mère nous transmet : *« Je trouve que c'est pas mal parce que ça fait sortir de la chambre, voir d'autres mamans, et puis, si on a d'autres questions, elles ne sont pas fermées au biberon et donc c'est appréciable »* (Mère 2). L'autre maman, ayant également accouché dans cette maternité, nous explique que cela lui a été proposé, mais qu'elle n'était pas intéressée ; elle dit déjà connaître les notions essentielles énumérées dans ce type de réunions. Elle ajoute *« Moi je trouve que le biberon finalement il n'y a pas grand-chose à dire »*

Dans le service B, les mères nous déclarent avoir reçu un livret d'informations, bien explicite, sur le biberon, entre autre, sur sa préparation : *« j'ai eu un petit feuillet que je n'avais pas eu pour les deux premiers qui indiquait comment préparer le biberon, ou tout était expliqué »* (Mère 4). Elles insistent surtout sur le fait que les puéricultrices avant la sortie : *« prennent du temps pour*

expliquer» (Mère 4), notamment quant à la température idéale, les doses, la préparation, les horaires de prises des biberons (Mère 3). Cependant, la démonstration biberon ne leur a pas été proposée, elles précisent d'ailleurs que cela est, sans doute, lié au fait que ce n'est pas leur premier enfant, en ce sens, elles maîtrisent déjà quelque peu la pratique du biberon : « *comme je connaissais, je pense qu'elles le savaient, donc elles ne m'ont pas proposé* » (Mère 1). De plus, elles ne semblent pas avoir été en demande en ce qui concerne l'alimentation, puisqu'elles expliquent avoir eu toutes les informations qu'elles souhaitaient à ce propos. La maman de Noé nous dira même « *elles venaient quand même régulièrement, c'était même un peu trop des fois* ». On peut donc affirmer une présence accrue des puéricultrices peu importe le type d'alimentation employé.

Les informations transmises se retrouvent au centre du cadre théorique, et concernent aussi bien les recommandations de l'IHAB (alimentation à la demande) que les informations pratiques sur l'allaitement artificiel, même si toutes les notions ne sont pas abordées de façon intégrale.

- **Objectif 5** : comprendre ce qu'elles recherchent chez la puéricultrice de maternité et ce que celle-ci leur a apporté dans cette maternité

Question 5 : Cette maternité a-t-elle répondu aux attentes que vous aviez des puéricultrices concernant le souhait de nourrir votre enfant au biberon?

L'ensemble des mères nous témoignent un vécu de maternité très satisfaisant. En effet, elles ont reçu toutes les informations qu'elles jugeaient nécessaires à leur épanouissement, elles se sont senties : « *hyper bien accueillie et encadrée* » et « *vraiment bien accompagnée* » (Mère 1). Dès le début des entretiens, elles nous expliquent avoir été totalement respectées dans leur choix. La maman de Max ajoutera « *depuis que je suis retournée en chambre on ne m'a pas parlé d'allaitement* », ce qui montre bien que même si le label a pour principale mission de promouvoir l'allaitement maternel, les professionnels du terrain n'insistent pas auprès des mères ne souhaitant pas utiliser ce mode d'alimentation. Les mères ajoutent également que jamais, durant leur séjour, elles n'ont ressenti de jugement : « *chacune fait comme elle le consent, c'est vraiment ça, il n'y a pas de jugement* » (Mère 1). Cela correspond bien à la définition de l'accompagnant énoncé dans notre cadre théorique.

- ***Quelles sont, selon vous, les qualités qu'elle doit posséder ?***

Concernant les qualités recherchées chez la puéricultrice, toutes les mères nous ciblent l'écoute comme qualité essentielle. Trois d'entre elles citent également la disponibilité et deux la réassurance. Deux nous transmettent aussi que la puéricultrice doit savoir conseiller, expliquer « *assez simplement finalement, avec des termes adaptés, parce qu'on n'est pas dedans* ». Cela se

rapproche grandement de la définition de l'accompagnement, qui implique de s'adapter à la singularité de la personne accompagnée.

La maman de Tom, rassemble bien les qualités évoquées, par l'ensemble d'entre elles, lors de nos entretiens : « *l'écoute, l'observation, parce que je pense qu'on doit voir d'un coup d'œil le lien qu'il peut y avoir avec le bébé et les parents, la disponibilité parce que quand on est maman on a beaucoup d'angoisse, de questions. Le fait d'utiliser le bon ton et savoir rassurer, dire les choses clairement mais donner les infos dont on a besoin.* » .

Les qualités citées correspondent à celles retrouvées dans notre cadre théorique ainsi que dans les entretiens des puéricultrices. Néanmoins, alors que selon les professionnelles, la qualité première est la disponibilité ; selon les mères, elle est représentée par l'écoute.

2. Conclusion

Bien que toutes les mères ne connaissent pas le label « Ami des bébés », elles n'en restent pas moins satisfaites de la prise en charge dont elles ont pu bénéficier durant leur séjour en maternité.

Selon elles, les informations transmises étaient suffisantes et les puéricultrices ont pu répondre à l'ensemble de leurs questions sans trop de difficultés. Même si elles n'ont pas toutes revu la reconstitution des biberons, elles ont pu bénéficier des conseils de sortie, du livret sur le biberon ; un taux d'informations largement suffisant puisqu'elles en avaient eu connaissance au décours de leur première grossesse.

Outre l'aide concernant l'alimentation, elles ont pu bénéficier de conseils sur le peau à peau et sa pratique, mais ont également participé plus amplement aux soins de leur enfant, mesures mises en œuvre grâce à la labellisation.

Les qualités des puéricultrices ainsi que le vécu des mères concernant leur maternité nous renvoient distinctement aux recommandations du label, qui préconisent d'accompagner toutes les mères, mais également à la définition de l'accompagnement développée au centre de notre cadre théorique.

En effet, nous sommes face à des mères qui se sont senties accueillies et accompagnées sans jugement et dans le respect total de leur choix, ce qui correspond tout à fait aux missions de l'accompagnant.

IV. ANALYSE CROISEE

A l'issue des entretiens réalisés auprès des puéricultrices et des mamans, sur l'accompagnement des mères qui donnent le biberon en maternité, il est primordial d'établir différents liens avec les parties précédentes en intégrant une analyse croisée.

Tout d'abord, concernant le label « Ami des bébés », les puéricultrices définissent celui-ci comme véritable gage de qualité. Lorsqu'elles nous citent les notions essentielles de ce label, elles évoquent l'importance de mettre en place la relation mère-enfant grâce, entre autre, au peau à peau ou encore à la réalisation des soins en chambre. Il est évident que seules certaines mères ont connaissance du label, et nous l'évoquent comme un véritable critère de choix de la maternité dans laquelle elles allaient mettre au monde leur enfant. Toutes les mères nous déclarent qu'elles ont été informées et encadrées pour le peau à peau, mais qu'elles ont également pu participer aux soins de leur bébé en collaboration avec une puéricultrice. Elles semblent avoir apprécié ces dispositions mises en place à cet effet et être ravies de l'accompagnement dont elles ont bénéficié en termes de prise en charge post-partum.

L'un des grands principes de l'IHAB est de permettre un accompagnement ciblé sur la famille, en particulier une écoute et un soutien individualisé. Les puéricultrices soutiennent ce principe en nous déclarant que l'accompagnement aujourd'hui est davantage personnalisé et qu'il est porté une attention plus particulière au projet de départ des parents. Elles nous transmettent davantage d'informations en nous expliquant également ne pas avoir modifié leur manière d'aborder l'allaitement artificiel depuis la labellisation ; ce choix restant propre à la mère, et soumis au respect de tout le personnel de maternité. Concernant les mères, elles nous énoncent que, déjà en anténatal, même si on leur évoquait les bienfaits de l'allaitement maternel, les professionnels respectaient leur choix, une fois celui-ci décidé. Les mères ne se sont jamais senties incitées à changer d'avis sur le mode d'alimentation. Durant l'intégralité de leur séjour en service de maternité, elles disent avoir été totalement épanouies et respectées dans leur choix personnel, les puéricultrices n'abordant plus l'allaitement maternel à l'avenir.

Nous avons souhaité interroger les pratiques concernant l'allaitement artificiel d'une part, en interrogeant les professionnels sur le terrain, ainsi que les mamans sur les raisons du choix de l'allaitement. Les deux parties s'accordent à dire qu'initialement, le choix est fait surtout par pudeur, par peur de se découvrir aux yeux d'autrui, ce qui peut nous amener à penser que cela ressemble vraisemblablement plus à un frein qu'à une réelle impossibilité de ne pas allaiter au sein. Un second critère se centre lui sur tout le côté pratique de l'allaitement artificiel. En effet, il est clair que le biberon peut aussi être donné par le papa, une bonne façon d'intégrer réellement le côté paternel dans la prise en charge alimentaire du nouveau-né. Enfin, il est plus aisé de connaître les quantités données, source d'angoisse chez bon nombre de mamans. La crainte de ne pas y arriver, le sentiment que l'allaitement maternel est

contraignant ou encore les dires de l'entourage, sont cités par les puéricultrices mais ne sont pas retrouvés pour autant chez les mamans interrogées.

Dans les deux maternités, il est proposé, aux mères, un feuillet d'informations sur le biberon, un atelier ou une démonstration sur la reconstitution ainsi que des conseils de sorties adaptés, d'après les dires des puéricultrices. Lors de nos entretiens mamans, nous constatons, en effet, que celles-ci semblent très satisfaites des livrets d'informations, qu'elles n'ont pas eu la chance de connaître pour les naissances précédentes. Selon une maman de la maternité A, l'atelier biberon en groupe est source de rencontres et d'échanges avec d'autres, favorisant l'épanouissement personnel durant l'hospitalisation. Ce qui contredit les propos d'une puéricultrice de la maternité B, déclarant que dorénavant cela était fait en individuel puisque certaines mamans n'appréciaient pas évoluer au sein d'un groupe et ne se sentaient pas à l'aise. Néanmoins nous avons conscience que les propos d'une seule et même personne ne suffisent pas pour affirmer catégoriquement cette hypothèse.

Les informations transmises selon les puéricultrices concernent principalement les quantités à donner, la position adaptée ainsi que l'allaitement à la demande. Ce dernier point nous est également énoncé par les mères, qui insistent sur le fait que cela a bel et bien évolué depuis leur précédente naissance. Cependant, il n'est pas aisé pour elles de ne pas donner le biberon toutes les trois heures, comme pour leurs aînés. Malgré tout, elles nous transmettent que les professionnelles de santé les accompagnent, leur permettant d'appliquer rapidement ces nouvelles dispositions, signe d'une prise en charge de qualité.

Nous avons eu la chance de pouvoir réaliser deux entretiens auprès de mamans ayant accouché quelques semaines ou mois auparavant et étant disposées à nous répondre sur certains critères comme les conseils de sortie ou encore la démonstration biberon ; ce qui n'est pas évident lorsqu'on interroge des mères à la maternité, celles-ci n'ayant pas terminé leur séjour. Les quatre mères interrogées étant multipares, nous avons souhaité savoir si une démonstration ou un atelier avait été proposé malgré tout. Il en ressort que l'atelier biberon l'est systématiquement, à l'inverse de la démonstration. Cela s'accorde avec les dires d'une puéricultrice nous avouant que ces ateliers sont proposés « *au moins à toutes les primipares* ».

La question concernant le temps passé dans les chambres récolte une réponse unanime des puéricultrices : l'allaitement maternel prend davantage de temps que l'allaitement artificiel, pour la simple raison que les mères qui donnent le biberon bénéficient plus rapidement d'une certaine autonomie. Les mères ressentent cela et le comprennent, l'une d'entre elles nous dira d'ailleurs que, pour elle, c'est « *facile* » de donner un biberon et que cela ne nécessite pas de connaissances approfondies.

Enfin, nous avons axé nos dernières questions sur le relationnel de la puéricultrice et les attentes des mères donnant le biberon. Les professionnelles concernées nous déclarent

alors que, selon elles, ces attentes sont les mêmes que pour les mères donnant le sein, à savoir, une professionnelle disponible, présente, à l'écoute, compétente, afin de leur donner tous les conseils nécessaires pour le bien-être de leur enfant, et pouvoir ainsi les rassurer. Elles ajoutent qu'elles doivent nécessairement faire preuve de non-jugement et que leur rôle est d'accompagner les mères avec toute l'empathie possible, sans jamais s'opposer à leurs choix. Elles devront aussi assurer un soutien à la parentalité et un accompagnement vers l'autonomie et donc vers un devenir post-sortie optimal pour chacune d'entre elles.

Les entretiens mamans nous ont laissé découvrir des personnes plutôt sereines, satisfaites de leur séjour en maternité. Elles se sont senties respectées dans leur choix et non jugées. C'est d'ailleurs pour cela qu'elles ont définitivement choisi ces maternités. La preuve en est avec l'une d'elle, séjournant à plus de cent cinquante kilomètres de son domicile, de manière à pouvoir bénéficier d'une prise en charge optimale au sein d'une maternité qualifiée.

Rappelons notre question de recherche :

Comment la puéricultrice, dans une maternité labellisée IHAB, peut-elle, en interdisciplinarité, accompagner de manière optimale une maman ayant fait le choix du biberon, afin de favoriser l'élaboration du lien mère enfant ?

Il nous semble évident, après cette analyse, que la labellisation a permis aux pratiques d'évoluer, tant en ce qui concerne l'allaitement maternel, qu'artificiel. Les missions de la puéricultrice dans une telle maternité sont alors d'accompagner, en collaboration avec, principalement, l'auxiliaire de puériculture, à l'élaboration du lien mère-enfant. Bien que ces structures assurent la promotion de l'allaitement maternel, il n'en reste pas moins que la puéricultrice respecte le choix de la mère et l'aide à développer ses compétences pour aboutir à l'autonomie. Cela est possible grâce à tous les moyens mis en place depuis l'IHAB : démonstration biberon, proximité mère enfant, soins en chambre, peau à peau, alimentation à la demande etc. En somme, un accompagnement interdisciplinaire, où le lien mère-enfant est au cœur des préoccupations de chacun des professionnels.

CONCLUSION

Au terme de cette étude approfondie, la réponse à notre question de recherche nous semble beaucoup plus significative.

Au travers des différentes recherches théoriques menées en première partie de travail, notamment via les notions sur le label IHAB et l'allaitement artificiel, notre réflexion s'est portée d'emblée sur une prédominance fondamentale de l'allaitement maternel. En effet, les recommandations de l'IHAB mettent tout en œuvre afin de favoriser la promotion de ce mode d'alimentation. En revanche, elles ont tendance à placer l'allaitement artificiel comme une « *solution de remplacement* » et à évoquer que cette pratique peut comporter certains « *risques* » à prendre en considération. L'histoire le place d'ailleurs inexorablement comme constituant à éviter absolument mais appuie ses dires surtout sur un aspect hygiénique. Quant à l'avis des auteurs modernes, en particulier les professionnels de santé, ils restent pour la plupart perplexes quant à la signification précise du terme allaitement. Il est néanmoins primordial de rappeler que certains se démarquent quelque peu des autres, intégrant la notion d'allaitement artificiel dans leur ouvrage.

A contrario, nos entretiens exploratoires caractérisant l'accompagnement des mères en maternité labellisée IHAB et ayant fait le choix de ce type d'alimentation nous ont pleinement étonnées. Cela se retrouve aussi bien chez les puéricultrices que les mamans : un accompagnement sur la mise en place du mode d'alimentation artificiel, des conseils adaptés en pré et post-hospitalisation, une disponibilité récurrente, en outre un accompagnement optimal visant un seul et même but : l'autonomie. Cet accompagnement va encore plus loin en privilégiant, avant tout, la proximité mère-enfant et l'évolution de cette relation qui en découle. Le mode d'alimentation devient donc un choix libre et chaque puéricultrice aura pour devoir de respecter celui de chaque maman accueillie au sein du service de maternité, sans imposer le moindre jugement à son égard.

Il serait cependant intéressant de se questionner quant à la rentabilité de ce type d'accompagnement dans les maternités non concernées par cette labellisation. Se ferait-il de la même façon ou, au contraire, s'enfermerait-on vers un accompagnement diamétralement différent des mères ayant choisi l'allaitement maternel ?

Nous sommes également amenées à nous interroger sur le lait artificiel en lui-même dans un devenir à long terme. Peut-être serait-il foncièrement différent d'aujourd'hui, étant donné les dizaines de modifications accordées ces dernières années. La conception d'un produit parfaitement identique à l'allaitement maternel ne serait-il pas une marche vers l'évolution des mentalités en permettant ainsi, de positionner les deux procédés sur un même piédestal, dans toute structure de soins, quelle qu'elle soit ?

BIBLIOGRAPHIE

¹**LAVIGNE, C.** EDITORIAL, L'allaitement : Panacée ou fausse publicité ? In *Les dossiers de l'allaitement*. Avril-mai-juin 2013, n°95, pp.3-4, consulté le 20 octobre 2015

²**Organisation Mondiale de la Santé**, *thème de santé : allaitement* En ligne : <<http://www.who.int/topics/breastfeeding/fr/>>, consulté le 20 octobre 2015

³ **IHAB France**, *Historique de l'IHAB*. En ligne : <<http://amis-des-bebes.fr/tout-sur-ihab.php>>, consulté le 7 juillet 2015

⁴**OMS**, *Code de commercialisation des substituts du lait maternel*, 1981. En ligne : <http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf>, 23p. Consulté le 7 juillet 2015

⁵**L'Initiative pour des Hôpitaux Amis des Bébé**s, *Devenir « ami des bébés » en France*, édition décembre 2014, documents IHAB France. En ligne : <<http://amis-des-bebes.fr/documents-ihab.php>>, consulté le 11 juillet 2015

⁶**OMS/UNICEF**, Ami des bébés, documents officiels. *Les déclarations d'Innocenti sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel*. Florence : 1^{er} Aout 1990, 3p. En ligne : <<http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-reference/Declaration-Innocenti-1990.pdf>>, consulté le 11 juillet 2015

⁷**Ami des Bébé**s, documents officiels, *Les déclarations d'Innocenti*. 1990, 2005. En ligne : <<http://amis-des-bebes.fr/documents-reference.php>>, consulté le 11 juillet 2015

⁸**MARCHAND, MC., PILLIOT, M., LOFGREN, K.** Initiative hôpital ami des bébés : une démarche de qualité actuelle et méconnue In *Médecine et Enfance*. Décembre 2006, p.585-589

⁹**BADINTER.E** *Le conflit, la femme et la mère*, 4^{ème} ed. Paris : Le livre de Poche, 2015, 218p.

¹⁰**MARCHAND MC, LAURENT, C., LOFGREN, K.** Initiative Hôpitaux amis des bébés : pour la qualité des soins en maternité In *La santé de l'Homme*. Juillet- Aout 2010, p 32-33.

¹¹**IHAB France**. *Les trois principes de la démarche IHAB*. En ligne : <<http://amis-des-bebes.fr/pdf/3-principes-IHAB.pdf>>, consulté le 16 juillet 2015.

¹²**IHAB France**, *Formulaire d'autoévaluation et critères IHAB*, Aout 2014. En ligne <<http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/AUTOEVALUATION-IHAB-POLE-dec-2014.pdf>>, consulté le 20 juillet 2015.

¹³**PILLIOT, M.** In *Interview avec Marc Pilliot, pédiatre engagé pour l'initiative Hôpital Ami des Bébé*s, En ligne : <<http://blog.allaitement.mamanana.com/2014/01/interview-avec-marc-pilliot.html>>, janvier 2014, consulté le 22 juillet 2015.

¹⁴**IHAB France**. *Deuxième journée nationale sur l'IHAB en France*, novembre 2014, 49p. (PILLIOT, M. Ami des Bébés, Un slogan ? p 6-8).

- ¹⁵**IHAB France**, *L'IHAB et l'information des mères à propos de l'alimentation de leur bébé*, août 2013, 4p. En ligne : <<http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/2013/Info-meres-alimentation-IHAB-aout-2013.pdf>>, consulté le 23 juillet 2015.
- ¹⁶**Larousse**. En ligne : <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/allaitement/2307/locution?q=allaitement+artificiel#168071>>, consulté le 2 aout 2015
- ¹⁷**VULGARIS MEDICAL**. Editions Vulgaris. 8 janvier 2013. En ligne : <<http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/allaitement>> Consulté le 2 aout 2015>
- ¹⁸**BEAUDRY, M., CHIASSE, S., LAUZIERE, J.** *Biologie de l'allaitement*, Presses de l'Université du Canada, 2006, 614p.
- ¹⁹**GRANDSENNE, P.** Chapitre 2 : Le Biberon – Avis du Pédiatre In *Bébé, à Table!* Paris : Hachette Livres, 2007, 140p.
- ²⁰**DELAHAYE, MC.** *Le grand guide de la future maman*, Marabout Editions, 2013, 408p.
- ²¹**ARMENGAUD, D.** Santé et environnement, module 2 in *Pédiatrie*, 3^{ème} éd. De Boeck /Estem , mars 2003, 561p.
- ²²**Infor Allaitement**. *Histoire de l'allaitement*, 1999, En ligne : <http://www.infor-allaitement.be/pdf/histoire_de_l'allaitement.pdf> consulté le 10 aout 2015
- ²³**ROLLET, C., MOREL, MF.** Des nourrices au biberon In *Des bébés et des hommes*, Paris : Albin Michel, octobre 2000, 363p. (Chapitre 3 : p 125-172)
- ²⁴**BIDON, A.** *L'alimentation artificielle des bébés au Moyen Age*, 2008, en ligne : <<http://www.histoire-du-biberon.com/biberons/HistoireMedBib.htm>>, consulté le 10 août 2015.
- ²⁵**FONTANEL, B., D'HARCOURT, C.** Nourrir In *L'épopée des bébés : de l'Antiquité à nos jours*. Paris : De La Martinière, 1996, 223p. (Chapitre Nourrir p.89-127).
- ²⁶**ICARD, S.** *L'alimentation des nouveau-nés : hygiène de l'allaitement artificiel*. Paris : Felix Alcan, 1894, 327p. En ligne : <https://archive.org/stream/b21500125/b21500125_djvu.txt>, consulté le 11 août 2015.
- ²⁷**DELAHAYE, MC.** *Bébés au biberon : Petite histoire de l'allaitement*. Paris : Hoebeke, 2003, 96p.
- ²⁸**SALANAVE, B. et al.** Durée de l'allaitement maternel en France (2012-2013) - Etude Epifane, INVS, 7 octobre 2014 In *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n°27, p.439-457 <http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014_27_2.html>, consulté le 3 septembre 2015.
- ²⁹**DELAHAYE, MC.** L'allaitement est un choix In *Le grand guide de la future Maman*, Marabout Editions, 2013, 408p.

- ³⁰**COHEN-SOLAL, J., FRYDMAN, R.** Un choix librement consenti In *Mon enfant*. Odile Jacob éditions, 2008, 588p.
- ³¹**GUEGUEN, C.** (dir. FRYDMAN, R., SZEJER, M.) Sein ou Biberon : qu'est-ce qui motive les femmes (p 1083-1089) In *La Naissance : histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Editions Albin Michel Paris, 2010, 1401p.
- ³²**GAUSSIÉ, J., DE SAINT SAUVEUR, C.** Le champ des pratiques professionnelles de la puéricultrice In *Le guide de la puéricultrice, prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence*, 3^{ème} éd. Paris : Masson, 2012, 1145p. (Partie 1-Chap. 3)
- ³³**BACUS, A.** *Le guide des mamans débutantes*, Editions Marabout Family, 2014
- ³⁴**GAGEY, V.** Le petit Larousse des enfants de 0 à 3 ans, 2015, Edition Larousse pratique, 480p.
- ³⁵**LAVOIE, J., FOUGEYROLLAS, P.** *De la pluri, à la multi vers l'interdisciplinarité de l'approche – programme.* En ligne <<http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai.art.e.approche-programme.html>> consulté le 9 septembre 2015.
- ³⁶**CEEPAME.** *Annales corrigées concours puéricultrice*, Paris : Masson, 3^{ème} éd., 2007, 164p.
- ³⁷**DGOS/ CG conseil,** Diplôme d'Etat de Puéricultrice, référentiel d'activités des IPDE, V.11 2009 In *Brochure pédagogique 2015*, école de puéricultrice du CHRU de Lille, 2015, 24 p.
- ³⁸**VILLAND, A. et al.** « Etat des liens » en maternité : parole de soignants In *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, volume n°60, N°7-8, Octobre, novembre 2012 pp.487-491. En ligne : <https://www.academia.edu/2352833/_Etats_des_liens_en_maternit%C3%A9_paroles_de_soignants._Analysis_of_the_relations_in_a_maternity_hospital_reflexions_along_the_caregivers_words_>, consulté le 1^{er} septembre 2015.
- ³⁹**LAROUSSE.** En ligne < www.larousse.fr/dictionnaires/francais/triade/79475>, consulté le 1^{er} septembre 2015.
- ⁴⁰**STRUMEYER, C. MORO, MR., COCHEREAU, A.** Dossier le Lien mère-enfant In *Soins pédiatrie/Puériculture*.N°271, Mars/ Avril 2013. pp15-29.
- ⁴¹**COSQUER-FERY, E.** *Le guide de l'accouchement, conseil de sage-femme*, Marabout family, 2012, 224 pages. En ligne : <<https://books.google.fr/books?id=QIXICQAAQBAJ&pg=PT125&dq=le+guide+de+l%27accouchement+conseils+de+sage+femme&hl=fr&sa=X&ved=0CCgQ6AEwAGoVChMIyZfW1JvjyAIVxbQaCh1A7Q-q#v=onepage&q=le%20guide%20de%20l'accouchement%20conseils%20de%20sage%20femme&f=false>>, consulté le 17 septembre 2015.

- ⁴²**DARCHIS, E.** *Le devenir père et ses aléas : une crise psychique nécessaire.* Valenciennes, janvier 2010, 7p. En ligne : <<http://pro.perinatalite.org/fichs/12678.pdf>>, consulté le 17 septembre 2015.
- ⁴³**LE BOUEDEC, G et al.** *L'accompagnement en éducation et formation : un projet impossible.* Paris : L'Harmattan, 2001, 208p. (Première partie, chapitre 1-quatrième partie, chapitre 3)
- ⁴⁴**REY DEBOVE, J., REY, A.** *Le petit Robert, dictionnaire de la langue française,* 2004, édition 2005, 2949p.
- ⁴⁵**CHARPENTIER, C. DUCHENE, M.** L'accompagnement, un certain rapport des hommes entre eux In *Science Croisée, Contribution libre,* Juin 2009, En ligne : <<http://sciences-croisees.com/N5/charpentier.pdf>>, consulté le 3 septembre 2015
- ⁴⁶**VERSPIEREN, P.** *Face à celui qui meurt : Euthanasie, Acharnement thérapeutique, Accompagnement,* 5^e éd. Paris : Desclée de Brouwer, (.Coll. Temps et contretemps) 1986, 206p.
- ⁴⁷**ROBERGE, M.** A propos du métier d'accompagnateur et de l'accompagnement dans différents métiers In *Education Permanente,* Parution n°153, 2002, pp. 101-108.
- ⁴⁸**BEAUVAIS, M.** *Vers une éthique de l'accompagnement,* 2009, En ligne : <<http://www.inrp.fr/biennale/7biennale/Contrib/longue/7088.pdf>>, consulté le 5 septembre 2015.
- ⁴⁹**VIAL, M., CAPARROS-MENACACCI, N.** *L'accompagnement professionnel ? Méthode à l'usage des praticiens exerçant une fonction éducative,* Paris : De Boeck Supérieur, 2007. 340p.
- ⁵⁰**DAULIN, R.** *La relation d'accompagnement, au changement et au bien-être.* Novembre 2012, 9p. En ligne : <http://www.ffmbe.fr/fileadmin/user_files/publications/ACCOMPAGNEMENT___MBE.pdf>, consulté le 7 septembre 2015.
- ⁵¹**MORASZ, L. ; PERRIN-NIQUET, A. et al.** *L'infirmier(e) en psychiatrie, les grands principes du soin en psychiatrie,* 2^{ème} éd. France : Elsevier Masson. 2012. 309 pages. (Savoir & pratique infirmière).
- ⁵²**SELLENET, C.** *Les puéricultrices au cœur de l'enfance,* REVEGNY : Hommes et perspectives, Lyon : Martin Média, Mai 2002 299p.
- ⁵³**CIFALI, M.** Une altérité en acte, grandeurs et limites de l'accompagnement *Accompagnement et formation,* Université de Provence et CDRP de Marseille, Marseille, 1999, 31p. En ligne : <[http://www.mireillecifali.ch/Articles_\(1997-2002\)_files/alterite.pdf](http://www.mireillecifali.ch/Articles_(1997-2002)_files/alterite.pdf)>, consulté le 10 septembre 2015)
- ⁵⁴**MANOUKIAN A, MASSEBEUF, A.** *La relation soignant-soigné,* 3^{ème} éd., France : Lamarre, 2012, 1^{ère} partie : pages 7-72.

ANNEXES

ANNEXE I : Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel, Déclaration conjointe de l'OMS/UNICEF (1989).....	1
ANNEXE II : Les douze recommandations du label « Ami des bébés ».....	2
ANNEXE III : Les étapes vers le label.....	3
ANNEXE IV : Les différents arrêtés par rapport aux laits artificiels.....	4
ANNEXE V : Les différents laits artificiels.....	5
ANNEXE VI : La règle de Terrien.....	7
ANNEXE VII : compétences et activités des puéricultrices selon le référentiel d'activités des IPDE.....	8
ANNEXE XVIII : Grille d'entretien puéricultrices.....	9
ANNEXE IX : Grille d'entretien mamans.....	11

ANNEXE I : Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel, Déclaration conjointe de l'OMS/UNICEF (1989) : "Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel - Le rôle spécial des services liés à la maternité"

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés devraient:

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Par ailleurs, les établissements devraient refuser de recevoir, gratuitement ou à prix réduit, des lots de substituts du lait maternel, de biberons ou de tétines.

ANNEXE II : Les 12 recommandations du label « Ami des bébés »

1. Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en oeuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance pendant au moins 1 heure et encourager celle-ci à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin.
5. Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation si elles se trouvent séparées de leur enfant. Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur enfant.
6. Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser le nouveau-né avec sa mère 24h sur 24.
8. Encourager l'alimentation à la demande de l'enfant.
9. Éviter l'utilisation des biberons et des sucettes (ou tétines) pour les enfants allaités.
10. Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés, et leur adresser les mères dès leur sortie. Travailler en réseau.
11. Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
12. Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement.

ANNEXE III : Les étapes vers le label

- 1. AUTOÉVALUATION** Le service juge lui-même ses pratiques en remplissant le questionnaire d'autoévaluation, afin de savoir où l'équipe se situe par rapport aux conditions du Label.
- 2. PROJET DE SERVICE** Élaboration et mise en œuvre d'un plan d'action concernant les changements nécessaires pour répondre aux critères. C'est l'étape la plus longue qui va nécessiter la formation du personnel, la mise à jour des procédures et la vérification du chemin parcouru en renouvelant l'autoévaluation.
- 3. DÉCLARATION DE MISE EN ROUTE VERS LE LABEL** Par cette déclaration, l'établissement formalise son engagement vers le label. Elle peut être remplie et envoyée à IHAB France, quel que soit l'état d'avancement du projet. Elle permet ainsi de connaître les établissements engagés dans la démarche et de favoriser les échanges et les partages d'expériences entre les équipes, grâce au Forum du site. Celles-ci sont informées en priorité des formations spécifiques sur l'IHAB, organisés par IHAB France. La Déclaration de Mise en Route (<http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/Declaration-IHAB.pdf>) s'accompagne du versement d'une adhésion à IHAB France (lien vers Qui sommes-nous ou vers Contacts).
- 4. ÉVALUATION EXTÉRIEURE** Lorsque les pratiques sont en accord avec les critères, l'établissement s'adresse à l'IHAB France afin que des experts viennent vérifier les pratiques et rédiger un rapport d'évaluation. L'évaluation fait l'objet d'une convention après envoi d'une estimation de la participation financière de l'établissement aux frais d'évaluation.
- 5. ATTRIBUTION DU LABEL OU DU CERTIFICAT D'ENGAGEMENT** Après examen du rapport d'évaluation, un comité -représentants des sociétés savantes, des collègues de professionnels et des associations d'utilisateurs- (<http://amis-des-bebes.fr/qui-sommes-nous.php>) attribue le label « Ami des bébés » ou un Certificat d'engagement, si des points importants restent à améliorer.
- 6. SUIVI ET RÉÉVALUATION** Le label est attribué pour une durée de 4 ans. A ce terme, l'établissement doit demander une réévaluation pour conserver son statut. Dans l'intervalle, IHAB-France organise tous les ans un suivi des principaux indicateurs.

ANNEXE IV : Les différents arrêtés par rapport aux laits artificiels (cours de MA. BLAS, les laits infantiles, janvier 2015, page 2).

L'arrêté du 11 janvier 1994 qui modifie l'arrêté du 1 juillet 1976 :

1 – laits ou préparations pour nourrissons, pendant les 4 à 6 premiers mois de la vie.

2 – préparations de suite : pour nourrissons de plus de 4 mois, cela constitue le principal élément d'une alimentation progressivement diversifiée

Principes :

« Aucun produit autre que les préparations pour nourrissons ne peut être commercialisé comme de nature à répondre à lui seul aux besoins des nourrissons en bonne santé pendant les 4 à 6 premiers mois de leur vie. »

Les préparations pour nourrissons et les préparations de suite ne nécessitent qu'une adjonction d'eau pour être prêtes pour l'emploi.

L'étiquetage est réglementé : âge, ne pas décourager l'allaitement au sein.

L'annexe 1 concerne la composition des préparations pour nourrissons.

L'annexe 2 concerne la composition des préparations de suite.

L'arrêté du 17 avril 1998 modifie l'arrêté du 1^{er} juillet 1976 : on doit exprimer les composants des préparations pour 100ml de produit prêt à l'emploi.

Décret du 30 juillet 1998 : la distribution gratuite des préparations, de la documentation et le matériel de présentation sont réglementés : la distribution gratuite des laits est interdite en Maternité et en PMI.

L'arrêté du 30 septembre 2000 fixe les règles spécifiques aux « aliments destinés à des fins médicales spéciales » : produits de réhydratation et de réalimentation en cas de diarrhée aiguë ; hydrolysats de protéines.

NB : les « laits de croissance », de 10 mois à 3 ans appartiennent aux « préparations de suite ».

L'enrichissement en vitamine D est prévu pour toutes les préparations infantiles.

L'arrêté du 11 avril 2008 modifié par l'arrêté du 9 mai 2014 fixe le seuil minimum autorisé tel que pesticide, pas > 0.01mg/kg

ANNEXE V : Les différents laits artificiels

La majorité de ces laits sont disponibles sous deux formes ayant chacun leurs avantages :

Le lait en poudre permettant une conservation plus prolongée dans le temps tant qu'il n'est pas reconstitué. **Le lait liquide** quant à lui est tout aussi performant mais avec un coût plus onéreux, nécessitant des formalités de conservation plus strictes.

- **Préparation pour nourrisson ou laits « standards »** : ces préparations sont uniquement destinées à l'alimentation des cinq à six premiers mois de vie du nourrisson afin de couvrir ses besoins nutritionnels.
- **Laits de suite** : Ce type de lait couvre également les besoins nutritionnels du nourrisson mais intervient à partir de cinq à six mois en plus d'une alimentation diversifiée. Contrairement aux laits standards, le lait de suite ne peut pas constituer à lui seul la base de l'alimentation du nourrisson.
- **Laits pour prématurés** : ces préparations sont destinées aux bébés prématurés ou à faible poids de naissance. En absence de lait maternel, et jusqu'à un poids de 3kg, ces laits répondent à des besoins très spécifiques : ils sont enrichis en protéines, minéraux et vitamines.
- **Laits hypoallergéniques** : ces préparations couvrent aussi bien des laits standards que laits de suite, tout en possédant une spécificité : ils réduisent le risque d'allergies aux protéines de lait de vache qui peuvent être responsables comme nous l'avons expliqué précédemment de certaines sensibilités.
- **Laits anti régurgitation ou « confort »** : A nouveau, ces laits couvrent aussi bien les laits standard et laits de suite mais avec cette fois une spécificité veillant à diminuer les risques de régurgitations grâce à l'incorporation de farine épaississante.
- **Laits acidifiés** : Ces types de laits sont mélangés à des ferments lactiques afin d'enrichir la flore intestinale et donc faciliter la digestion du lactose. Ils sont d'ailleurs conseillés à des nourrissons ayant des troubles en lien avec une mauvaise digestion.
- **Laits de soja** : Ces préparations ne contiennent ni lait, ni dérivés du lait, ni saccharose, ni gluten tout en conservant les mêmes valeurs nutritionnelles que celles du lait de vache. Ils peuvent eux aussi être utilisés pour lutter contre les troubles fonctionnels digestifs du nourrisson, notamment quand ils sont liés à une intolérance au lactose.
- **Laits sans lactose** : Ils sont utilisés en relais d'une préparation hydro électrolytique lors de diarrhées aiguës avec déshydratation ou en première intention lorsqu'il s'agit de selles molles sans complications.

- **Substituts de lait** : Ce type de lait est conseillé pour les nourrissons ne supportant ni les protéines de lait de vache, ni le soja. Ces laits « synthétiques » ont des caractéristiques bien spécifiques : absorption rapide des nutriments, soulagement de l'activité enzymatique de l'organisme.
- **Laits « bio »** : Ces laits sont constitués d'ingrédients issus à 100% de l'agriculture biologique. Les vaches produisant ce lait sont traitées sans antibiotiques et nourries uniquement avec de l'herbe.
- **Laits casher** : Ces laits sont conformes aux prescriptions du Judaïsme.
- **Autres laits d'animaux et laits végétaux**

ANNEXE VI : La règle de TERRIEN

En fonction de l'âge, à la maternité et les premières semaines de vie : Sur la base de 6 repas par jour, on ajoute 10 ml par biberon chaque jour la première semaine : on commence par 6 x 10ml le premier jour, donc 6 x 20ml le 2^{ème} jour....

La 2^{ème} semaine : on ajoute 10ml par biberon et cela est valable pour toute la semaine : donc au 8^{ème} jour = 6 x 80ml par jour pendant 1 semaine

ANNEXE VII : Compétences et activités des puéricultrices selon le référentiel d'activités des IPDE, DHOS/CG conseil, V. 11, 27 janvier 2009

ACTIVITES

- Recueil d'informations concernant le développement et la santé de l'enfant de la naissance à l'adolescence
- Réalisation de soins et d'activités à visée diagnostique, thérapeutique et préventive auprès de l'enfant et de son entourage
- Conduite d'activités à visée éducative et de soutien à la parentalité
- Conduite d'activités de promotion de la santé et d'évaluation des risques dans une approche de santé publique
- Coordination des soins et des activités
- Gestion des ressources humaines, administratives et financière dans les services et les établissements d'accueil
- Formation et information des équipes professionnelles et des stagiaires dans les secteurs de l'enfance et de l'adolescence
- Veille professionnelle et mise en place d'études et de recherches dans les secteurs de l'enfance et de l'adolescence

COMPETENCES :

- Evaluer l'état de santé et le développement des enfants et des adolescents.
- Concevoir et conduire un projet de soins et d'éducation adapté à l'enfant.
- Mettre en œuvre des soins adaptés aux enfants présentant des altérations de santé.
- Accompagner et soutenir les familles dans le processus de parentalité.
- Concevoir et mettre en œuvre des activités de promotion de la santé de l'enfant et de protection de l'enfance.
- Organiser et coordonner les soins et les activités de développement et d'éveil pour des enfants et des adolescents.
- Gérer les ressources d'un service ou d'un établissement d'accueil d'enfant.
- Rechercher, traiter et produire des données professionnelles et scientifiques.

Bonjour,

Nous sommes Audrey et Blandine, étudiantes puéricultrices âgées de 24 ans. Dans le cadre de nos études afin de devenir puéricultrices, nous effectuons un mémoire sur l'allaitement artificiel dans des maternités amies des bébés. Pour mener à bien notre projet, nous voudrions recueillir votre témoignage. Celui-ci restera, bien sûr, anonyme.

Question 1 : Maintenant vous allez vous présenter en nous précisant la date de votre diplôme de PDE et depuis combien de temps vous travaillez à la maternité.

Relance : Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) / travaillez-vous dans cette maternité ?

Objectif 1 : savoir si l'ancienneté dans le service influe sur la prise en charge de l'allaitement artificiel

Question 2 : Vous avez eu la labellisation IHAB. En quelques mots, expliquez-nous ce que ce label signifie pour vous?

Relance : Quelles en sont, selon vous, les notions essentielles à retenir ?

En quoi ce label a-t-il changé le fonctionnement de votre maternité ?

Votre prise en charge a-t-elle évolué concernant l'alimentation des nouveau-nés ? Avez-vous modifié votre manière d'aborder l'allaitement artificiel ?

Depuis la labellisation, avez-vous vu un changement par rapport aux informations transmises sur l'allaitement artificiel et maternel ?

Objectif 2: connaître l'opinion des puéricultrices sur l'IHAB et ce qu'elles en retiennent

Savoir si la labellisation a modifié la pratique des puéricultrices

Question 3 : Qu'est-ce que l'allaitement artificiel pour vous ?

Relance : Quel terme utilisez-vous pour parler d'une alimentation au biberon ?

Quelles représentations avez-vous de l'allaitement artificiel ? Quelles sont, selon-vous, les raisons du choix de l'allaitement artificiel ?

Objectif 3 : Connaitre l'opinion des puéricultrices sur l'allaitement artificiel

Question 4 : Quand la maman a fait le choix du biberon, comment l'accompagnez-vous ?

Relance : Quelles informations donnez-vous aux mamans qui allaitent au biberon et par quels moyens ?

Quel mode d'alimentation selon vous, demande le plus d'explications ?

Objectif 4 : connaitre les moyens utilisés dans le service pour informer les mères sur l'allaitement artificiel et savoir si les informations données sont suffisantes. Savoir si elles jugent l'allaitement maternel plus prenant que l'allaitement artificiel.

Question 5 : Selon vous, quelles attentes ont les mères qui donnent le biberon ?

Relance : Quelles sont les informations dont elles ont besoin ?

Quelles sont les qualités qu'elles recherchent chez vous ?

Comment le label IHAB permet-il de répondre à ces attentes ?

Objectif 5 : savoir si les puéricultrices sont conscientes des attentes des mères et connaitre leur avis sur l'IHAB face à l'allaitement artificiel.

ANNEXE IX : GRILLE D'ENTRETIEN MAMANS

Bonjour,

Nous sommes Audrey et Blandine, étudiantes puéricultrices âgées de 24 ans. Dans le cadre de nos études afin de devenir puéricultrices, nous effectuons un mémoire sur l'alimentation au biberon en maternité. Pour mener à bien notre projet, nous voudrions recueillir votre témoignage. Celui-ci restera, bien sûr, anonyme.

Question 1 : Maintenant présentez-vous en nous précisant votre âge, le nombre d'enfants...

Objectif : savoir si l'âge ou la parité influe sur le choix de l'allaitement

Question 2 : Comment s'est fait le choix de l'alimentation de votre enfant ?

Relance : grâce à quoi ou qui avez-vous pris votre décision ? Qu'est-ce qui vous a influencé ? Entourage, conjoint, choix personnel, livres, avis d'autres mamans etc.) ?

Pendant votre grossesse, avez-vous reçu des conseils de professionnels sur le choix d'alimentation ? Avez-vous participé à des réunions collectives ? Cela a-t-il permis de répondre à vos interrogations ?

Objectif : savoir pourquoi l'allaitement artificiel leur convient plus et les facteurs qui les ont orientés. Savoir si les professionnels rencontrés influent sur leur choix d'allaitement et si elles ont été informées pendant leur grossesse

Question 3 : Pourquoi avoir choisi cette maternité ?

Relance : savez-vous qu'elle a obtenu un label ? Le connaissez-vous ?

Objectif : savoir si le label est connu, si le choix de l'hôpital est lié à l'IHAB et les raisons de ce choix

Question 4 : Pendant votre séjour en maternité, quelles aides vous ont apporté les puéricultrices concernant le biberon ?

Relance : quelles informations avez-vous eu ? Comment ?

Etes-vous satisfaite des informations reçues ? Avez-vous eu des difficultés concernant l'alimentation de votre enfant ? Qu'auriez-vous aimé avoir en plus (informations, documents) ?

Objectif : savoir quels types d'informations les mères ont eu durant leur séjour

Question 5 : Cette maternité a-t-elle répondu aux attentes que vous aviez des puéricultrices concernant le souhait de nourrir votre enfant au biberon ?

***Relance : Quelles sont selon vous les qualités qu'elle doit posséder ?
Comment qualifieriez-vous la prise en charge des puéricultrices au sein de cette maternité ? (Par rapport au temps passé, au respect de votre choix)***

Objectif : comprendre ce qu'elles recherchent chez la puéricultrice de maternité et ce que celle-ci leur a apporté dans cette maternité

IHAB : INTÉRÊT HOLISTIQUE DE L'ALLAITEMENT AU BIBERON ?

L'accompagnement de la mère ayant choisi l'allaitement artificiel dans une maternité labellisée

Résumé

Dans la société actuelle, l'Homme tend à prôner l'allaitement maternel. En effet, de nombreux moyens interviennent, tels que les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé, les objectifs du Plan National Nutrition Santé, les associations, ou encore les ouvrages destinés aux futures mamans dans l'unique but de l'encourager et de préserver son devenir.

Face à cette politique de santé publique, de plus en plus de maternités, visent à perfectionner davantage la qualité de leur accompagnement à l'égard des mères tout en privilégiant cette promotion de l'allaitement maternel, vers une labellisation « Ami des bébés ».

Dès lors, nous pouvons nous interroger sur la réelle place de l'allaitement artificiel au sein des services de soins. C'est pourquoi, nous avons souhaité traiter dans ce mémoire l'accompagnement des puéricultrices, auprès des mamans ayant opté pour ce mode d'alimentation.

Nos recherches se sont, par conséquent, axées sur l'étude du label « Ami des bébés » ainsi que son évolution, et l'accompagnement en lien avec l'allaitement artificiel établi par les puéricultrices en service de maternité.

Il nous a semblé primordial d'interroger les mamans et les puéricultrices dans le but de confronter leurs avis mais également de définir un éventuel contraste entre théorie et pratique.

Les avis, tant des professionnels que des mamans, sont unanimes et nous ont permis de constater l'importance de tous types de soins, gravitant autour de cette alimentation, prodigués dans une interdisciplinarité évidente.

Enfin, la totalité de cette étude, nous a réellement permis d'approfondir nos connaissances théoriques et représente une véritable source d'enrichissement personnel, veillant à favoriser notre professionnalisme en tant que futures puéricultrices.

Mots clés

IHAB, Allaitement artificiel, accompagnement, maternité, puéricultrice, interdisciplinarité, lien mère-enfant