

Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>



ELSEVIER
MASSON

Reçu le :
12 mai 2013
Accepté le :
14 juin 2013
Disponible en ligne
20 juillet 2013

Disponible en ligne sur

SciVerse ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Communiquer autour de l'allaitement maternel du point de vue des soins centrés sur l'enfant et sa famille[☆]

Communicating around breastfeeding in a child- and family-centered care approach

L. Girard^{*,1}

Formations Co-naître, 97, route de la Bonde – L'Escandihado, 84120 Pertuis, France

Summary

Breastfeeding is a public health issue: health expenditures related to not breastfeeding have been evaluated in the US and the UK, annually amounting to billions of dollars and tens of millions of pounds. Breastfeeding is also a family issue, and this intimate practice involves the presence of emotions and feelings going beyond rationality. Healthcare professionals are responsible for promoting health in the physical, mental, and social domains. Information and individualized support are essential to enable parents to make the best possible choice and play an active role in their own health and that of their child. There are communication and support tools to help build a trusting relationship between professionals and parents, to provide relevant information, and to assist parents in their reflection, while supporting them in their choices. In France, healthcare professionals have available a tool for intervention and education proposed by the French Institute for Health Promotion and Health Education (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, INPES) in the Pregnancy and Parenting section. It provides a high degree of homogeneity in the various healthcare professional's interventions occurring during pregnancy and thereafter. It aims to promote and strengthen parenting skills. Thus, support for breastfeeding is part of a dynamic process to support parenting, focused on people, not on the object, for both ethical and effectiveness reasons.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Résumé

L'allaitement maternel est une thématique de santé publique : les dépenses de santé liées au non-allaitement ont pu être évaluées aux États-Unis et au Royaume-Uni et se chiffrent annuellement en milliards de dollars ou en dizaines de millions de livres. L'allaitement maternel appartient également à la sphère familiale et intime : sa pratique implique la mise en œuvre d'affects et de ressentis qui échappent à la rationalité. Les professionnels de santé ont pour mission de promouvoir la santé sur le plan physique, mental et social. L'information et l'accompagnement individualisé sont essentiels pour permettre aux parents de mettre en œuvre le meilleur choix possible en étant acteurs de leur santé et de celle de leur enfant. Il existe des outils de communication et d'accompagnement permettant de créer une relation de confiance entre professionnels et parents, de leur délivrer les informations pertinentes et d'accompagner leur réflexion tout en les soutenant dans leur choix. En France, les professionnels de santé peuvent s'appuyer sur un outil d'intervention et d'éducation proposé par l'Institut national de prévention et de d'éducation à la santé (INPES) dans le dossier thématique « Grossesse et Accueil de l'enfant ». Il confère une grande homogénéité aux différentes interventions professionnelles au cours de la grossesse et par la suite. Il vise à favoriser et à consolider les compétences parentales. Ainsi, le soutien à l'allaitement maternel s'inscrit dans une dynamique de soutien à la parentalité, centrée sur les personnes, et non sur l'objet, pour des raisons aussi bien d'éthique que d'efficacité.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

[☆] Cet article a fait l'objet d'une présentation aux 43^e Journées nationales de néonatalogie (JNN 2013).

^{*} 19, rue du Loisir, 13001 Marseille, France.

e-mail : girard.laurence@free.fr

¹ <http://www.co-naître.net>.

1. Introduction

L'allaitement maternel a des avantages scientifiquement validés pour la santé des mères et de leur bébé et est donc le mode d'alimentation recommandé par les différentes autorités sanitaires nationales et internationales. Cependant, son choix et sa pratique ne se font pas sur une base exclusivement rationnelle mais aussi en fonction de l'histoire familiale, des ressentis intimes et des représentations, qu'en ont la mère et le père. Le professionnel de santé a un rôle essentiel dans l'information et l'accompagnement des familles lors de la naissance et dans les mois qui suivent. Doit-il vanter les mérites de l'allaitement maternel pour la santé de leur bébé et convaincre les parents ? Ou au contraire par crainte d'induire de la souffrance chez la mère qui ne souhaite pas allaiter ou n'y parviendra peut-être pas, éviter d'en parler et attendre ? Comment peut-il se positionner et répondre de façon individualisée aux besoins d'information de chaque famille, et l'accompagner à faire le meilleur choix possible en tenant compte de sa réalité intime ? En utilisant les nouveaux outils d'éducation à la santé, il est possible de développer une communication centrée sur l'enfant et sa famille.

2. L'allaitement maternel, une thématique de santé publique

Le lait humain est reconnu comme l'aliment adapté au bébé humain, capable d'assurer au mieux sa survie. Il est un composé nutritionnel de très haute valeur biologique, et il joue aussi un rôle dans de très nombreuses fonctions métaboliques autres que la nutrition, dont la plus connue est la fonction immunitaire [1]. Les substituts du lait maternel – préparations pour nourrissons et préparations de suite – sont très différents du lait humain, tant par leur composition que par leurs « fonctionnalités ». Leur qualité n'est ni « approchante », ni a fortiori « équivalente » à celle du lait maternel [2].

De nombreuses études ont fait la preuve qu'être nourri avec du lait maternel ou avec des substituts avait des effets différents à court et à long terme sur la santé [3], et par voie de conséquence sur les comptes des assurances sociales. Il a été mis en évidence qu'être nourri avec des préparations pour nourrissons coûtait beaucoup plus cher à la collectivité qu'être nourri avec du lait maternel, même dans des pays développés et post-industrialisés tels que les États-Unis ou le Royaume-Uni [4–6]. Une étude américaine de 2010 [7] a mené une analyse de coût portant sur 10 maladies pédiatriques dont les rapports risques en fonction de l'allaitement étaient donnés par l'agence Healthcare Research and Quality – 2007. Cette analyse concluait que si 90 % des bébés pouvaient être allaités exclusivement 6 mois, 13 milliards de dollars pourraient être économisés en dépenses de santé, chaque

année. Une récente projection commandée par l'United Nations International Children's Emergency Fund (Unicef) – Royaume-Uni [8] a évalué qu'un taux d'allaitement exclusif de 45 % à 4 mois et de 75 % à la sortie des unités de soins néonataux induiraient au Royaume-Uni une économie annuelle de 17 millions de livres (plus de 20 millions d'Euros) en ce qui concerne seulement 4 pathologies pédiatriques communes : l'infection gastro-intestinale et l'infection respiratoire basse nécessitant une hospitalisation, l'otite moyenne aiguë et l'entérocolite ulcéronécrosante. Nous ne disposons pas en France de telles projections permettant d'évaluer l'impact d'une augmentation d'un taux d'allaitement exclusif qui conduirait à ce que 45 % des bébés français soient allaités exclusivement à 4 mois de vie. Le taux d'allaitement en France, exclusif ou partiel, est en hausse régulière depuis 15 ans, mais reste très inférieur à celui de la plupart des pays industrialisés, loin des standards nord-européens et des recommandations internationales. Selon le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* du 18 septembre 2012 [9], 60 % des nouveau-nés seraient exclusivement allaités à la maternité, 9 % partiellement, mais à 1 mois de vie, seulement 35 % d'entre eux le seraient encore. De nombreux freins à la pratique de l'allaitement maternel existent dans notre pays : un contexte historique défavorable : la France a pratiqué l'usage de la nourrice, sur lieu ou en campagne, de façon intensive pendant plusieurs siècles. L'enfant était placé afin que le bourgeois puisse reprendre une activité sexuelle avec son épouse et que l'ouvrière puisse retourner travailler n'ayant d'autre moyen de subsistance [10]. L'allaitement y est donc vu comme une forme d'asservissement, celui de la nourrice, et comme une atteinte à l'émancipation des femmes et à leur autonomie, les empêchant de travailler. Le sujet est ainsi politiquement délicat, et l'état français a, de tous temps, préféré rester discret sur le thème. Le congé de maternité est court dans un pays où, contrairement à d'autres pays européens, un très grand nombre de femmes retravaillent dans la première année qui suit la naissance de leur enfant. L'accès aux réseaux de soutien professionnels ou associatifs pour la poursuite de l'allaitement maternel est faible contrairement à la plupart des pays nord-européens. La législation pour protéger parents et futurs parents des incitations commerciales des marques de préparations pour nourrissons est peu respectée par les fabricants et distributeurs et le plus souvent méconnue des professionnels qui participent à sa violation, sans le savoir [11].

Devant un tel constat, il est tentant de vouloir aller vite, d'être percutant, dans l'objectif d'inverser une dynamique historique et sociale défavorable à l'allaitement maternel : convaincre les mères et les pères en faisant flèche de tout bois, le parant de toutes les vertus. Pourtant, l'analyse de la littérature [12] montre qu'un discours emphatique pour faire passer le message : « Breast is best » ou « l'allaitement c'est le meilleur, l'idéal » est contre-productif à long terme. La pratique de cantonner l'allaitement à des situations d'exception

en est renforcée : prématurité le temps de l'hospitalisation, premiers jours ou semaines de vie d'un nouveau-né considéré comme fragile, enfant souffrant d'une pathologie néonatale. . . Quand la situation se normalise, le mode d'alimentation standard redevient le biberon et les substituts. Communiquer efficacement nécessite de ne pas « idéaliser » l'allaitement maternel. Cela est d'autant plus important que le choix du mode d'alimentation du nouveau-né n'est pas seulement du domaine public, il implique chaque famille dans sa vie intime.

3. L'allaitement maternel, une thématique familiale et privée

Nourrir son enfant au sein induit dans le cerveau maternel une cascade de neuromédiateurs riches en effets neurocomportementaux : inhibition des effets du stress, apaisement, relâchement musculaire et baisse de la vigilance. Une tétée met en œuvre, chez la mère, du moins en partie, les mêmes hormones que celles impliquées lors d'un rapport sexuel. La lactation est placée dans la continuité évolutive de l'accouplement et de la parturition. Nourrir un petit appartient aux processus de transmission de la vie tout autant que le concevoir et le mettre au monde. Ainsi allaiter n'est pas neutre pour la mère, car qu'elle en soit consciente ou non, donner à téter s'accompagne d'effets corporels et comportementaux notoires, au moment de la tétée et durant la période de l'allaitement. Elle seule peut savoir si ce corps à corps intense avec son bébé est « bon » pour elle, ou non. En fonction de sa propre histoire, de ses ressentis intimes, de ses représentations, de son vécu passé mais aussi présent avec son bébé, elle peut déterminer ce qui lui convient, parfois avec assurance, et parfois en tâtonnant, sans savoir tout de suite. . . Par ailleurs, la mère n'est pas la seule concernée par le choix du mode d'alimentation du nouveau-né. La naissance d'un enfant est un remaniement important pour le couple : chacun accède à une nouvelle dimension, celle de parent. Désormais et idéalement, ils devront ensemble prendre des décisions concertées pour la vie de leur enfant. Le choix du mode d'alimentation est l'un des premiers consensus majeurs à obtenir, après le choix de connaître ou non le sexe du futur bébé et le choix du ou des prénoms. Ce choix est la résultante de nombreuses variables : l'aspect purement nutritionnel, les représentations de chacun des membres du couple en ce qui concerne la vie amoureuse et sexuelle, la proximité corporelle possible avec l'enfant ou au contraire sa mise à distance, la capacité à accepter qu'un nouveau venu dispose du corps féminin/maternel et de ses bienfaits.

Choisir d'allaiter son bébé au sein ou de le nourrir au biberon est le résultat d'une mosaïque d'influences dont la configuration peut se rejouer à chaque grossesse et à chaque naissance. Ces influences dépassent largement le cadre très restreint de l'information sur les « avantages » ou les « inconvénients » du mode d'alimentation choisi.

Le comportement du bébé, partenaire essentiel, retentit aussi sur les prises de décisions des parents pour ce qui concerne le choix mais également sa poursuite à long terme. Il s'agit d'une dynamique familiale complète. Durant la période de la grossesse et du post-partum, ou encore lors d'une naissance prématurée, les parents, et principalement la mère, sont très sensibles aux discours et opinions des « figures d'autorité » que sont les professionnels de santé. Il est assez aisé à ce moment-là pour ces derniers de faire prévaloir leur opinion : « Une grande part des problèmes rencontrés en matière de parentalité vient de cette difficulté à laisser de la place, assez de place, pour qu'émergent les « potentialités parentales », sans chercher à imposer la meilleure façon d'être père ou d'être mère. Il n'est en effet dans les attributions de personne pas même des professionnels de l'enfance, de dire comment il faut être ou même comme il faut faire en ce domaine ; tout ce qu'on peut offrir à son niveau et à sa mesure, c'est un accompagnement, un soutien pour que ces capacités puissent apparaître, se développer et se renforcer chez tous les parents, d'où qu'ils viennent et où qu'ils soient. » [13].

Devenir parent n'est pas suivre un mode d'emploi. Dès lors, on ne peut dire aux parents comment ils « doivent » nourrir leur nouveau-né. En revanche, on peut les accompagner dans leurs découvertes et vers ce qui sera pour eux le « meilleur choix », en divulguant les informations nécessaires à leur réflexion ou à la poursuite et l'évolution de ce choix.

4. Se positionner en tant que professionnel de santé et créer un espace de liberté

Savoir nourrir son enfant et choisir comment le faire n'est pas inné. Dans une société où les savoirs traditionnels ne sont plus transmis par la famille ou la communauté, il appartient aux professionnels d'offrir informations et compétences, en vue d'améliorer ou de maintenir le meilleur état de santé possible, c'est-à-dire le meilleur état de bien-être tant physique que mental et social [14]. Pour cela, il est essentiel d'ouvrir un espace de liberté dans lequel les personnes et les familles puissent être acteurs de leur propre santé, sans subir de la part des professionnels des influences telles que des promotions commerciales, des incitations à adhérer à une vision du monde ou à une philosophie de vie. L'émergence de cet espace de liberté se construit sur la base de : la preuve scientifiquement établie par des études sur des populations, l'identification des besoins spécifiques de chaque famille et de chaque enfant, l'information et l'accompagnement par le professionnel qui met au service de la santé ses connaissances et ses compétences tant théoriques que cliniques, sur le sujet et les sujets connexes, de façon individualisée.

L'identification des besoins spécifiques de chaque famille est indispensable pour centrer l'information de façon à en augmenter la pertinence et à être plus efficient. Il est donc

essentiel dans le processus de communication d'avoir une étape permettant d'accéder aux représentations des parents et donc de favoriser l'expression de leur façon de voir les choses. Le professionnel doit être en mesure de faciliter l'expression et de proposer une écoute, prémisses incontournables à la mise en place d'un dialogue.

À une maman qui vient d'accoucher prématurément et avec qui on veut aborder le choix du mode d'alimentation : « Avant d'accoucher, aviez-vous déjà envisagé comment nourrir votre bébé ? ... Savez-vous pour quelles raisons les professionnels de santé recommandent de nourrir les enfants nés prématurément avec du lait maternel ? ... Qu'en pensez-vous ? ... Savez-vous comment font les mamans qui souhaitent avoir du lait à donner à leur bébé alors qu'il est encore trop jeune pour téter ? ... Qu'imaginez-vous pour tirer votre lait ? ... Souhaitez-vous que je/l'infirmière vous montre comment vous pouvez faire sortir du colostrum de votre sein à la main ? ... Au tire-lait ? ... Nous/vous pourrions/pourrez le donner à votre bébé (si c'est possible) ou (dans le cas contraire) cela vous aidera à avoir beaucoup plus de lait quand votre bébé aura grandi et qu'il aura plus de besoins... Avez-vous besoin d'informations supplémentaires pour déterminer votre choix ? ... »

Cette étape est essentielle pour identifier les informations à divulguer et l'accompagnement professionnel à mettre en place. Elle est trop souvent court-circuitée par l'empressement à informer, y compris dans l'intention de promouvoir un choix éclairé. La mise en place de ce dialogue favorise la mise en confiance des parents, les encourage à mobiliser leurs propres ressources et est plus gratifiante pour les professionnels.

En ce sens, l'Institut national de prévention et éducation à la santé (INPES) a développé une approche de soutien à la parentalité à travers un outil complet d'intervention destiné aux professionnels de santé, publié dans le dossier « Grossesse et accueil de l'enfant » [15] (INPES 2010). L'objectif est d'aider tous les professionnels intervenant au cours de la grossesse ou après la naissance à accompagner les parents dans leurs besoins spécifiques afin de soutenir leur parentalité. Au moment du dépistage et du diagnostic de la trisomie 21, de l'échographie anténatale ou pour parler d'alimentation du bébé, le schéma proposé est le même et permet une grande homogénéité d'intervention dans l'accompagnement. Il se déroule selon 6 axes : le premier est de proposer une écoute et de favoriser l'expression, le dernier vise à faire du lien avec l'entourage de la femme, des parents ou avec les autres professionnels de santé, aux compétences complémentaires. Ce dossier est téléchargeable sur le site de l'INPES ou peut y être commandé [15]. Cet outil encore méconnu des professionnels de santé mérite toute notre attention. Il est simple et vise à mobiliser les ressources des parents et futurs parents, afin qu'ils soient acteurs de leur santé. Il est applicable pour toute information à donner, même « au pied du lit », quel que soit le sujet abordé y compris l'allaitement maternel.

Il permet aux professionnels d'améliorer la qualité de leur accompagnement sans renoncer à informer sur les impacts de l'allaitement maternel par crainte de culpabiliser celles qui ne le choisissent pas ou seulement pour une courte période, sans mettre en contrainte des parents qui ne peuvent atteindre les objectifs fixés par les recommandations, sans leur renvoyer une image de parents insuffisants.

5. Conclusion

Communiquer efficacement sur le thème de l'allaitement maternel nécessite :

- d'informer parents et futurs parents en se fondant sur la preuve de son impact sur la santé des populations et éviter d'en renvoyer une vision idéalisée ;
- d'adopter une méthodologie d'accompagnement permettant aux parents et futurs parents d'être acteurs de leur santé et de celle de leur bébé ;
- d'avoir des pratiques professionnelles respectueuses de sa mise en route et de sa poursuite, et de contribuer à protéger les parents et futurs parents des incitations commerciales pour les préparations pour nourrissons, en appliquant la législation.

Le soutien à l'allaitement maternel s'inscrit dans une dynamique de soutien à la parentalité, centrée sur les personnes et non sur l'objet, et ce, pour des raisons aussi bien d'éthique que d'efficacité.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Kim JH, Froh EB. What nurses need to know regarding nutritional and immunobiological properties of human milk. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2011. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01314.x> [Epub ahead of print].
- [2] Penn AH, Altshuler AE, Small JW, et al. Digested formula but not digested fresh human milk causes death of intestinal cells in vitro: implications for necrotizing enterocolitis. *Pediatr Res* 2012;72:560-7.
- [3] PNNS. Allaitement maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Programme National Nutrition Santé. Édition commune du ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille et du Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie; 2005 [Disponible sur internet : URL : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/allaitement.pdf> (consulté le 21 décembre 2012)].
- [4] Ball TM, Wright AL. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics* 1999;103:870-6.
- [5] Ma P, Brewer-Asling M, Magnus JH. A case study on the economic impact of optimal breastfeeding. *Matern Child Health J* 2013;17:9-13.
- [6] Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. *Pediatrics* 2007;

- 119:e837-42 [<http://pediatrics.aappublications.org/content/119/4/e837.long>].
- [7] Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics* 2010;125:e1048-56 [Disponible sur internet : URL (consulté le 01/05/2013) : <http://pediatrics.aappublications.org/content/125/5/e1048.long>].
- [8] UNICEF United Kingdom. Preventing disease and saving resources. Novembre 2012. Disponible sur internet : URL (consulté le 01/05/2013) : <http://www.unicef.org.uk/BabyFriendly/Resources/General-resources/Preventing-disease-and-saving-resources/>.
- [9] Salanave B. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Epifane, France. 2012. *BEH* 34/2012 du 18 septembre 2012 – INVS. Disponible sur Internet : URL (consulté le 01/05/2013) : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-34-2012>.
- [10] Girard L. Les soins professionnalisés aux nouveau-nés : de l'approche historique à une approche centrée sur la famille. *Dossiers Obstet* 2007;366:30-9 [disponible sur internet : URL (consulté le 01/05/2013) : <http://www.co-naitre.net/flire.htm>].
- [11] Décret n° 98-688 du 30 juillet 1998 pris en application de l'article L. 121-53 du Code de la consommation relatif à la distribution gratuite des préparations pour nourrissons, à la documentation et au matériel de présentation les concernant. Disponible sur internet : URL (consulté le 01/05/2013) : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000740770&fastPos=1&fastReqId=118410343>.
- [12] Bery NJ, Gribble KD. Breast is no longer best: promoting normal infant feeding. *Matern Child Nutr* 2008;4:74-9.
- [13] Moro MR. Aimer ses enfants, Ici et ailleurs. Paris: Éd. Odile Jacob; 2007: 127.
- [14] Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 ; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. Disponible sur internet : URL (consulté le 01/05/2013) : <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>.
- [15] Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES). Guide pour le professionnel de santé. Grossesse et accueil de l'enfant; 2010 [Disponible sur internet : URL (consulté le 01/05/2013) : <http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/outils/grossesse-accueil.asp>].