

<b>Zeitschrift:</b>	Schweizer Hebamme : officielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerischer Hebammenverband
<b>Band:</b>	87 (1989)
<b>Heft:</b>	11
<b>Artikel:</b>	Allaitement : relation entre la mère et l'enfant
<b>Autor:</b>	Gottardi
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-951112">https://doi.org/10.5169/seals-951112</a>

### Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 11.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# Allaitement, relation entre la mère et l'enfant

Dr Gottardi, pédopsychiatre au Service de guidance infantile, Genève

## Introduction

Pendant longtemps on a découragé l'allaitement dans les maternités. Les femmes ont, à ce moment, accepté le verdict de l'impossibilité ou de l'inutilité d'allaiter.

Depuis plusieurs années, la politique face à l'allaitement est toute autre, comme en témoigne aujourd'hui notre rencontre.

Actuellement, tout le monde reconnaît le rôle très important de l'allaitement maternel, non seulement dans ses aspects biologiques pour le bébé mais aussi comme élément important de l'établissement de la relation mère-enfant précoce.

Cependant, l'allaitement n'est en tout cas pas quelque chose de facile. Preuve en est, par exemple, que beaucoup de femmes ont tendance au cours des premières semaines du post-partum à s'inquiéter de la qualité de leur lait, et surtout de sa quantité. Dans leur angoisse à ne pas assez nourrir leur bébé, elles abandonnent l'allaitement si elles ne sont pas encouragées. En tant que pédo-psychiatre, travaillant avec des pédiatres et des infirmières je vais tenter de vous parler des aspects relationnels de l'allaitement.

Je me propose d'aborder ce sujet, dans un premier temps par une revue succincte d'un certain nombre de facteurs généraux qui peuvent influencer tant le choix que la durée de l'allaitement maternel, tels qu'ils sont décrits dans la littérature.

Dans un deuxième temps j'aborderai les facteurs plus spécifiques, à savoir ceux qui sont inhérents au fait d'allaiter et qui traiteront de la relation mère-enfant et son histoire.

Enfin, dans un troisième temps je tenterai d'illustrer ces différents aspects à l'aide de situations cliniques

## A/ Facteurs associés au choix et durée de l'allaitement:

Les facteurs ou raisons qui poussent une mère à allaiter ou non son bébé sont encore loin d'être bien connus: parmi les plus fréquemment rencontrés dans les études qui ont été faites, apparaissent: *le rôle joué par les services de santé* dont il est

question tout au long de cette journée, *la variable socio-économique* sur laquelle je ne m'arrêterai pas.

En revanche, les *facteurs psycho-sociaux* et *attitudes* n'ont été que rarement pris en considération alors qu'ils sont probablement l'un des *véritables déterminants du choix de l'allaitement*.

Il est impossible de faire une liste exhaustive de ces facteurs; cependant en voici quelques-uns des plus connus:

- *le niveau d'instruction* et *le revenu familial* sont des facteurs positivement associés au choix et à la durée de l'allaitement (l'inverse serait constaté dans les pays en voie de développement).
- *une expérience antérieure positive* joue un rôle important dans l'attitude des mères multipares: elles essayent de répéter ce qu'elles ont déjà vécu, d'allaiter à nouveau, et inversement.
- *la nature de la cellule familiale* apparaît comme pouvant parfois favoriser l'allaitement maternel.

Au contraire:

- *l'âge et la parité* ne sont pas associés de façon significative à cette décision (sauf dans les pays industrialisés où les primipares seraient plus enclines à allaiter leur enfant).
- *les caractéristiques paternelles* (hormis le statut économique) n'ont aucune influence...
- *l'influence des firmes de produits diététiques* n'est pas à négliger: il a été démontré une association négative entre l'incidence et la durée de l'allaitement et d'autre part la publicité faite en faveur des laits de formule pour bébés (échantillons): Par exemple: la présence d'échantillons de lait en poudre à la maternité influence nettement négativement le choix et la durée de l'allaitement, et ceci surtout chez les mères peu instruites et les mères primipares et les mères malades dans le post-partum.

Sur le plan médical: les *affections somatiques* pouvant provoquer une diminution

de la lactation sont rares et ne devraient influencer que de façon limitée sur la prévalence de l'allaitement maternel.

Les *problèmes* survenus pendant la naissance (césarienne, délivrance manuelle...) et le post-partum immédiat (enfant de petit poids, asphyxie...) ont un effet modérément, mais significativement néfaste sur l'allaitement.

Cela résulterait plus du mauvais état de l'enfant que de la séparation fréquente dans ces situations. Mais quel est le rôle de l'équipe soignante dans le maintien du projet d'allaitement dans ces situations?

Par contre, il a été prouvé par certaines recherches que l'existence pendant la grossesse de *troubles psychosomatiques* s'accompagnait ensuite d'un choix préférentiel pour l'alimentation au biberon, ou du moins d'un allaitement maternel moins durable. Ces recherches avancent l'idée que ces mères auraient moins de confiance en elles-mêmes, seraient plus anxiées et seraient tranquillisées par le fait de donner le biberon (elles verrait ce que l'enfant boit).

Les *contre-indications* de l'allaitement sont en fait exceptionnelles (mastites, certains médicaments).

## B/ Les liens de l'allaitement

Nous en venons donc progressivement aux liens de l'allaitement: d'autres *facteurs inhérents au fait d'allaiter* influencent aussi ce devenir. Ils *naissent de la relation* qui éclôt entre la mère et son nouveau-né et ces liens qui se tissent s'établissent aux plans physique et psychologique:

### a) du côté de l'enfant

Les différentes composantes du «climat» qui permet la tétée précoce mettent déjà en œuvre toute une organisation réflexe (réflexe de fousissement) et les fonctions sensorielles: le contact (dialogue tonique et postural dans une visée dynamique), la chaleur de la peau, l'odeur qui guide vers le mamelon, l'audition qui rapproche l'enfant de la voix et de la gorge de sa mère, et la vue qui s'ouvre.

Il nous faut nous arrêter quelques instants sur ces fonctions sensorielles, ou *compétences sensorielles du nouveau-né* comme on les nomme actuellement dans une optique interactionnelle, compétences qui font dire depuis quelque 10 ans du nourrisson qu'il est un *véritable partenaire de la relation* et ceci dès la naissance:

l'étude des différentes modalités perceptives a grandement contribué à l'abandon de l'image d'un nourrisson aux capacités des plus limitées, réceptacle passif de sensations diverses. Pour le clinicien l'intérêt de ces recherches est fondé sur la description des modalités perceptives qui permettent l'établissement d'une interaction tant réelle que fantasmique. L'étude de ces compétences semble confirmer le point de vue neuro-anatomique du développement: le nourrisson est organisé pour l'action avant de l'être pour la réaction:

#### La vision

Fantz, en 1963, a démontré la préférence chez le bébé de 4 jours pour l'image du visage... cette activité précoce et complexe devient plus importante dès la 7<sup>e</sup> semaine, lorsque le nourrisson se concentre sur la région oculaire du visage regardé... il commence ainsi à être en contact avec les yeux et le regard de sa mère...

#### L'audition

Un certain nombre de données expérimentales permettent de penser que le système auditif du nouveau-né est spécialement adapté aux sons dont la fréquence correspond à celle du langage humain. C'est ainsi qu'il a pu être démontré que le nouveau-né pouvait reconnaître la voix de sa mère.

#### L'olfaction

Ses récepteurs sensoriels sont très développés à la naissance et permettent donc une certaine discrimination. McFarlane montre que les nouveaux-nés de 6 jours différencient l'odeur du lait maternel de celui d'une autre mère.

#### Le goût

Il en est de même de la capacité précoce chez le nouveau-né de discriminer le lait maternel du lait de formule.

A partir de ces études on s'est également intéressé aux *compétences sociales du nouveau-né et du bébé*: on a pu ainsi décrire la capacité d'engagement et de désengagement de la part du bébé au sein de la relation, tout comme on a décrit les différents états de vigilance que celui-ci est capable de régler lui-même, ce qui influence à son tour la relation mère-enfant. Ces aspects de la relation mère-enfant, à savoir ce qui vient du nourrisson, prendront toute leur importance, à mon avis, lorsqu'ils seront utilisés par exemple, par les professionnels de la santé pour encou-

rager une mère à allaiter, en lui transmettant que son jeune bébé est déjà un partenaire et qu'il a les moyens d'entrer en relation avec elle. Je pense qu'une telle approche peut influencer favorablement l'allaitement.

#### b/ du côté de la mère:

Le comportement maternel est complémentaire de cette attitude de l'enfant: la réaction émotionnelle du premier contact éveille aussi en elle une satisfaction, parfois mêlée de plaisir. D'autre part, on connaît l'action de la stimulation du mamelon lors de la tétée, tout comme l'effet des pleurs de l'enfant sur le déclenchement de la lactation. Cette expression précoce du réflexe de fousissement est également une garantie d'un allaitement maternel de bonne qualité puisqu'il favorise la sécrétion hormonale. La récurrence de ce geste et le plaisir répété constituent un stimulus supplémentaire du désir d'allaiter.

Cet ensemble de liens physiques sont indissociables des répercussions psychologiques qu'ils provoquent.

Dans le prolongement des nombreuses caractéristiques psychologiques de la grossesse, l'attachement maternel éclôt progressivement. Il est indispensable pour un bon développement mental et somatique de l'enfant. L'enfant allaité à la demande par sa mère exerce sur elle un contrôle que ne possède plus l'enfant nourri à heures fixes. Ce n'est que dans la première éventualité que la mère peut vraiment partager avec son enfant le plaisir de le voir satisfait d'elle-même. Cette complémentarité n'engendre pas pour autant la dépendance. L'influence de la mère sur son enfant est non moins importante que l'inverse: l'un agit sur l'autre dans une interaction constante et c'est la qualité de cette interaction qui influence la personnalité ultérieure de l'enfant.

Il faut cependant éviter d'en tirer des conclusions hâtives, susceptibles de culpabiliser les mères qui ne peuvent ou ne veulent pas allaiter. En fait la qualité de la relation et l'allaitement au sein sont 2 variables corrélées dont il est difficile de dire laquelle engendre l'autre; mais il est évident que toutes deux contribuent au bien-être de la mère et de l'enfant.

Brazelton insiste bien sur ce fait en disant que s'il est un farouche défenseur de l'allaitement maternel, il reste néanmoins convaincu que si une mère se sent forcée à donner le sein, l'enfant souffrira de cette ambivalence. L'allaitement peut et doit être

agréable pour les deux partenaires. C'est le climat général qui entoure l'allaitement qui prime.

Les *avantages de l'allaitement maternel* sont encore peu étudiés sauf en terme d'influence sur la mortalité et la morbidité infantile qui sont diminuées. Une relation plus intime de la mère avec son enfant est favorisée par l'allaitement maternel, mais rien ne prouve cependant qu'un allaitement artificiel, en soi, exclut le caractère privilégié de cette relation.

#### C/ Allaitement et relation:

(aspects relation mère-enfant)

Une étude intéressante concernant les jeunes mères venant d'accoucher, à démontré que le bon déroulement de l'allaitement dépend en grande partie de la *capacité de la mère et de l'enfant à «entrer en relation»*. En voici quelques exemples:

- Les mères qui *n'allaitent pas* sont aussi fréquemment des primipares que des multipares, qu'elles aient allaité ou non. Le choix semble indépendant de tout facteur, à l'exception d'un seul: les multipares qui ont précédemment allaité et qui ont eu des difficultés à allaiter ne tentent pas à nouveau de le faire.
- Si le premier obstacle à l'allaitement signalé est le *travail* à l'extérieur du domicile, cela ne semble avoir, dans les faits, un impact sur le choix ou la durée de l'allaitement que dans certaines limites: En effet les mères qui ne travaillent pas dans cette étude, allaitent moins longtemps (15,3 semaines), que celles qui ont un congé de 3 ou 4 mois. Par contre, les femmes qui reprennent le travail avant trois mois allaitent moins longtemps que celles qui ont un congé de 3 mois. Ceci pose la question de la durée optimale d'un congé maternité afin que s'installe un allaitement long. De plus la reprise d'une activité extérieure ne semble mettre fin à l'allaitement que s'il n'est pas encore suffisamment assuré.
- Un élément important est le rapport entre le fait d'*allaiter et celui de l'avoir été* ou non: en effet, 75% des mères de cette recherche ont été elles-mêmes allaitées comme enfant, mais elles n'allaitent pas aussi longtemps que celles qui ne l'ont pas été (15,4 contre 18 semaines). Par contre les mères qui allaitent le moins longtemps sont celles qui ignorent comment elles furent nourries (9,4 semaines). On voit donc ici

l'impact que peut avoir le fait d'avoir ou non parlé de l'allaitement (ici avec sa propre mère).

Il en est du même du fait d'avoir pu parler de l'allaitement pendant les *visites prénatales*. Les mères qui ont pu parler de l'allaitement ont allaité pendant 20 semaines contre 13,7 pour celles qui n'en ont pas parlé. Un fait encore étonnant: seulement 25% de ces mères ont parlé de l'allaitement pendant les visites prénatales.

– *La proximité corporelle* dans les premières heures et les premiers jours paraît jouer un rôle important dans la durée de l'allaitement. Cette proximité semble être un facteur plus important pour la durée de l'allaitement que la précocité de l'allaitement maternel, ce qui met bien l'accent encore une fois sur la notion d'échange plus global et qui concerne l'ensemble du corps, de ses perceptions et de ses sensations.

– On peut également se demander si certaines variables peuvent venir plus de l'enfant. Il semble que ce soit le cas si l'on considère par exemple la notion du *poids de l'enfant à la naissance* et l'influence qu'il peut avoir sur la durée de l'allaitement: cette même étude nous apprend que les «*gros bébés*» de plus de 4 kilos sont nourris au sein plus longtemps que ne le sont les *bébés de petit poids*. Les *bébés de poids moyens* le sont le moins.

Pour les premiers, selon l'auteur, tout se passe comme s'il existait chez ces mères une plus grande capacité à nourrir leur enfant tant intra qu'extra-utéro, ou dit autrement, comme s'il existait des enfants possédant une capacité plus grande à se nourrir intra comme extra-utéro. La part dans ces cas-là, qui revient à la satisfaction d'avoir un gros bébé est bien connue et n'est pas à négliger.

Par contre, dans le cas des petits bébés, allaiter de tels enfants plus longtemps pourrait relever davantage d'un besoin de la mère de réparer avec son corps (le lait) un enfant trop petit. Là aussi l'allaitement s'inscrit dans une relation qui a déjà toute une histoire. Par contre il n'en est pas de même pour les *bébés prématurés* qui sont moins longtemps allaités.

Ici se pose la question de la blessure d'amour propre pour la mère de ne pas avoir pu mener sa grossesse à terme, ce

qui introduit fréquemment, même passagèrement, un état subdépressif qui peut être responsable d'un allaitement difficile.

Il existe encore d'autres aspects spécifiques de la relation mère-enfant autour de l'allaitement en fonction des attentes de la mère et de la rencontre avec le bébé: Il existe des mères qui vont être comblées par un bébé vorace et tétant fort. Au contraire, d'autres, vivront la relation avec un tel bébé tout autrement, cela pourrait même les inquiéter ( crainte d'être dévorée, ou idée que si l'on satisfait trop un bébé cela va prendre tout le temps de la mère...).

Nous voyons là que nous abordons un autre aspect de cette relation à savoir la représentation de l'enfant dans l'esprit de la mère. Cette image témoigne bien entendu du vécu actuel de cette relation, mais il ne faut pas oublier que *cette image a ses racines qui remontent à l'enfance de la mère*.

Et là immanquablement nous rejoignons l'histoire de la relation de la mère avec sa propre mère et celle de leur histoire autour de l'alimentation au sein ou non.

Le post-partum, et déjà avant la grossesse vont représenter des moments tout à fait particuliers de ce point de vue, car c'est là que la femme devenant mère va entrer en contact avec son histoire personnelle.

Il existe dans ce moment privilégié une dynamique psychologique essentielle qui porte la mère à retrouver dans son enfant ce qu'elle fut autrefois, ce que sa propre mère fut pour elle dès l'âge le plus tendre (image de la mère réelle ou idéalisée). Cette relation du passé va ainsi ressurgir tant dans ses aspects agréables que conflictuels et va imprimer de son sceau la relation actuelle et tout particulièrement cet aspect très précoce de la relation qu'est l'allaitement.

Il sera donc important de tenir compte de cet aspect de la relation mère-enfant au moment d'encourager une mère à allaiter, ou de discuter avec elle de l'allaitement. Les encouragements ne seront suivis par la maman que pour autant qu'ils tiennent compte de l'existence possible de telles difficultés.

Ceci nous amène maintenant à discuter des difficultés que les jeunes mères peuvent rencontrer au niveau de l'allaitement (et celle qu'elles imaginent qu'elles vont rencontrer).

Il est reconnu et admis actuellement que ce sont les *doutes et les angoisses* maternelles qui rendent difficiles la lactation: difficultés de la mise au sein, de la poursuite

de l'allaitement et enfin difficultés alimentaires chez l'enfant... ultérieurement. Si les doutes et les angoisses sont d'une grande banalité quant à leur incidence, il ne faut pas pour autant tous les négliger ou les scotomiser, car parfois certains d'entre eux peuvent réellement empêcher le bon déroulement de l'allaitement et même être à l'origine du renoncement à ce mode d'alimentation.

Ces angoisses sont fréquemment *inconscientes* ou préconscientes, ce qui signifie que la mère ne va pas pouvoir en parler spontanément, mais indirectement dans ses divers aspects: qualité, quantité de son lait par exemple...

Ces *questions* peuvent cacher des inquiétudes plus profondes qu'une écoute attentive pourrait mettre en évidence. Ce sont ces inquiétudes qui seront à la base de la difficulté d'allaiter au sein, mais également au biberon.

Il sera donc important grâce à un dialogue avec la mère de comprendre la nature réelle de ses angoisses.

En voici quelques exemples:

La crainte la plus fréquemment exprimée est celle que *l'enfant n'ait pas assez à manger* (en effet, bien des mères passant pour ce motif au biberon, se sentent rassurées de voir les graduations du biberon et d'avoir ainsi la possibilité d'évaluer la quantité que l'enfant ingurgite).

De telles angoisses peuvent apparaître également et c'est le cas le plus souvent, sans trouble réel chez l'enfant (par exemple une mauvaise prise de poids).

En effet, il peut s'agir de mamans particulièrement inquiètes de nature et qui, lors des fluctuations de la prise de nourriture (pause au sein) ou de l'appétit que l'enfant éprouvent un vif sentiment d'insécurité.

Elles ont alors comme solution soit d'abandonner le sein pour le biberon, pensant que cela sera plus facile, ou commencer à stimuler l'enfant dès que celui-ci donne des signes d'abandonner le sein. Cette conduite maternelle intrusif, si elle est trop importante tend à forcer l'enfant à manger pour rassurer la mère. Une telle attitude peut induire à la longue un refus chez l'enfant.

Ces inquiétudes deviennent plus fortes lorsque l'enfant a eu une naissance difficile ou des problèmes au début de sa vie. Il en est souvent de même lorsque la mère a eu des difficultés durant sa grossesse (psychologique ou somatique). Dans ces cas la mère est pour ainsi dire plus sensibi-

lisée par rapport à la santé ultérieure de son bébé et tout particulièrement au niveau de l'alimentation qui est souvent ressentie comme le garant de la santé immédiate et future.

Encore une fois, ces inquiétudes peuvent se traduire par des manipulations de l'enfant pendant qu'il est au sein: stimulation, retrait pour obtenir un renvoi, changement de position..., manipulations qui risquent d'induire momentanément ou durablement un refus de manger. Celui-ci, ensuite sera souvent interprété comme la matérialisation de la crainte maternelle que l'enfant n'a pas faim, ou qu'il est malade. Il existe d'autres craintes, quant à leur nature: celles de ressentir des douleurs pendant la tétée, le risque de crevasses, angoisses liées à l'excitation des seins lors de la tétée... Ces situations débouchent fréquemment sur un refus d'allaiter.

Parfois ces sentiments ont des racines anciennes et remontent à l'enfance de la mère: on retrouve, ainsi par exemple, des antécédents de troubles alimentaires chez celle-ci: anorexie de la petite enfance ou de l'adolescence.

Si la nature de certaines de ces angoisses a souvent pour objet le fait d'allaiter, le lait lui-même, la digestion de l'enfant, etc... il existe par ailleurs des préoccupations qui ont un rapport avec le fait pour la femme de devenir mère. Cet accès à la maternité (ou maternalité), peut se faire avec quelques problèmes. C'est souvent dans ces cas que le récit de l'histoire de la mère nous donne la clé des difficultés: l'existence d'un conflit dans la relation de la mère avec sa propre mère qui rend cet accès à la maternalité difficile.

Dans un autre ordre d'idées, des difficultés d'allaiter peuvent être en rapport avec une vicissitude d'établir la relation avec l'enfant parce qu'il n'est pas du sexe que l'on attendait, par exemple.

Enfin, il n'est pas rare de rencontrer des difficultés d'allaitement dans des situations de deuil plus ou moins récent à l'origine d'un état dépressif chez la mère, comme nous le montrera l'un des exemples cliniques que je vous présenterai.

On voit ainsi que des vicissitudes de l'allaitement peuvent relever de facteurs de nature très différente et qu'il faudra pour chaque situation établir un dialogue avec la mère, grâce auquel les vraies raisons des problèmes pourront être découvertes et discutées.

### Voici maintenant quelques exemples cliniques afin d'illustrer ce que je viens de dire:

#### □ 1<sup>re</sup> situation

Il s'agit de l'histoire d'une jeune mère et de sa petite fille de 4 mois (au moment où je les ai vues). Ce cas retrace les difficultés de l'allaitement se traduisant par un arrêt de la lactation, et ses conséquences psychologiques au niveau de la relation mère-enfant, et cela malgré un projet d'allaitement clairement exprimé depuis la grossesse, et peut-être bien avant.

Cette petite fille est hospitalisée, au moment où je la vois pour des vomissements qui durent depuis deux mois. Sa mère va rapidement me dire que les difficultés alimentaires sont apparues dès l'arrêt de la lactation. Elle ajoutera qu'elle a mal vécu ce «sevrage forcé», ce d'autant plus qu'elle avait le projet d'allaiter son bébé le temps que celui-ci le désirerait (plusieurs mois), projet qu'elle fait remonter à la perception des premiers mouvements foetaux. Mais au cours de la discussion elle dira que ce projet remonte à plus longtemps encore, puisque, n'ayant pas été nourrie au sein par sa mère lorsqu'elle était enfant, elle avait toujours pensé que le jour où elle aurait un enfant elle l'allaiterait (contrairement à sa mère).

Revenons au sevrage: cet événement a été vécu par cette maman comme une «cassure affective» au sein de sa relation avec sa fille. De plus sa fille, qui jusque là mangeait bien s'est mise à présenter des difficultés alimentaires qui ont après quelques semaines d'évolution motivé une hospitalisation. Elle ajoute que depuis le sevrage, elle a le sentiment que sa fille n'est pas satisfaite et qu'elle est mal après les repas. Interrogée sur la nature de la souffrance de son bébé, la maman me répondra qu'elle pense que sa fille lui en veut de ne plus être nourrie au sein.. Ce sentiment de reproche qu'elle prête à son bébé trouve ses racines dans son histoire personnelle (relation avec son père mort il y a quelques années et qui lui avait reproché de ne pas s'être assez occupée de lui durant la maladie qui devait l'emporter). Elle éprouve un tel sentiment de culpabilité à l'égard de son bébé qu'elle n'ose pas le regarder en face. Cette maman a tenu son enfant à plat ventre sur ses genoux durant une grande partie de l'entretien.

La suite de la séance a également permis à cette maman d'établir un lien entre la survenue inattendue de l'arrêt de la lactation

et le départ soudain de sa propre mère venue quelques semaines pour l'aider après la naissance de sa fille, rupture qui s'est traduite chez elle par un état de grande tristesse.

J'ai vu cette mère (et son mari) à trois reprises (elle était à la veille de s'absenter pour quatre mois). L'évolution au niveau de l'enfant a rapidement été favorable (disparition des vomissements): Quant à la maman, elle m'a quitté en se demandant si elle n'allait pas venir me revoir à sa rentrée pour poursuivre les entretiens. Ce récit suscite de nombreuses questions, notamment celle de l'effet qu'aurait pu avoir une intervention plus précoce sur le bon déroulement de l'allaitement.

#### □ 2<sup>re</sup> situation

Il s'agit d'une jeune mère primipare, à son 3<sup>e</sup> jour du post-partum, que les sages-femmes me demandent de voir en raison de son anxiété lors de l'allaitement et ceci malgré les réassurances renouvelées de la part des soignants.

Voici en quelques mots ce que d'emblée elle me dit lors du premier entretien: «Je crois que je n'ai pas assez de lait et pourtant il tète bien... je ne supporte pas ses pleurs... je pleure avec lui... s'il se calme, je me sens mieux... je me fait beaucoup de souci pour le retour à la maison, est-ce que je vais suivre l'avis de mon mari qui me dit: ne t'en fais pas, les biberons, ça existe... est-ce que je lui fais du mal... je ne supporte pas qu'il fasse des pauses lorsque je le nourris...»

La suite de l'entretien a montré que cette maman craignait d'être «insuffisante» pour son bébé. Cette préoccupation existait déjà durant la grossesse: «Je pensais déjà que je n'aurai pas assez de lait, je comparais mes seins avec ceux de mes amies, qui étaient plus gros...»

Au 2<sup>e</sup> jour du post partum son fils a présenté un léger état de déshydratation motivant quelques heures de perfusion. Cet événement et l'explication qu'elle a reçue à ce moment (votre enfant est un peu «sec») l'a bouleversée et renforcée dans l'idée qu'elle nourrissait mal son bébé. Elle a même été persuadée qu'il allait mourir.

Interrogée sur son histoire, elle m'a raconté avec beaucoup d'émotion qu'elle était issue d'une famille pauvre, où les parents travaillaient beaucoup et avaient très peu de temps à consacrer aux enfants. Aujourd'hui encore, elle en veut à sa mère, elle a le sentiment d'avoir été mal aimée...

Enfin, elle a ajouté que depuis longtemps elle s'était promise de faire mieux que sa mère... lorsqu'elle aurait un enfant.

Le travail avec cette maman a consisté, entre autre, à parler de la culpabilité qu'elle ressentait d'avoir souhaité mieux réussir que sa mère... de la soutenir dans son projet d'allaiter son bébé et de lui proposer également une aide à domicile sous forme de visites régulières par des infirmières de la Croix-Rouge avec lesquelles nous collaborons fréquemment.

Voici venu le terme de ma présentation. Je suis conscient de n'avoir abordé que quelques-uns des aspects concernant l'allaitement et la relation mère-enfant. Le sujet que je viens de vous présenter suscite de plus en plus d'intérêt, comme en témoigne cette journée, et je ne peux que m'en réjouir et en remercier les organisatrices.

#### Bibliographie

Cramer B.: *Le rôle parental a des racines précoces*, in «Revue de Psychologie», 1988.

Bachmann J.-P. et Cramer B.: *Les premiers mois de vie*, «L'enfant et sa santé», Doin, 1987.

Hennart P., Brasseur D., Péchevis M.: *Alimentation du nourrisson et de l'enfant*, in «L'enfant et sa santé», Doin.

Duberg S.: *L'allaitement: carrefour de la biologie et de la relation*, in «L'après-nissance en copropriété», Ed. Médecine et Hygiène, Genève, 1987.

Ida Soo M.B.B.S.: *Psychosomatic Factors in Choice Of Infant-Feeding*, in «Breastfeeding Revue», 1987.

Brazelton T.B.: *La naissance d'une famille*, in «Acutels», 1983.

## Le code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Marjorie Newman-Black, UNICEF

En octobre 1979, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'UNICEF ont organisé, au siège de l'OMS à Genève, une réunion conjointe sur «l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant». Le but de cette réunion était de faire un bilan des connaissances actuelles sur la malnutrition et les maladies infectieuses chez l'enfant et de trouver des remèdes à ces maux. C'était aussi une manifestation des efforts menés par l'OMS et l'UNICEF pour promouvoir l'allaitement maternel. Les participants de la réunion ont souligné qu'une action urgente pour promouvoir la santé et une bonne nutrition des nourrissons et des jeunes enfants était nécessaire de la part des gouvernements, des institutions internationales, des organisations non gouvernementales et de l'industrie des aliments pour nourrissons. Une des importantes recommandations énoncées lors de cette réunion, fut l'élaboration d'un code pour contrôler les pratiques de commercialisation d'aliments pour nourrissons.

Le Code international de commercialisation de substituts du lait maternel fut approuvé par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 1981 par une écrasante majorité de 118 voix contre une. Le Code fut adopté en tant que recommandation. Il s'adresse principalement aux gouvernements et aux fabricants. Les gouvernements y sont appelés à se servir du code comme une exigence **minimum** et l'exécution dans son **intégralité**, soit en instituant les lois, soit en l'adoptant comme une mesure volontaire. Depuis 1981, nombreuses mesures en vue de l'adoption plus ou moins complète du Code au niveau national ont été prises par des gouvernements. Dans certains pays, tels que la Suisse, ce sont les fabricants d'aliments infantiles eux-mêmes qui ont préparé leurs propres «codes de conduite», qui sont bien entendu, souvent beaucoup moins exigeants que le Code International.

Le Code est une mesure de protection de l'allaitement maternel pour tous les pays du monde. Il interdit toute publicité des substituts du lait maternel, des biberons et d'autres produits liés. Après tout, le lait en poudre, c'est presque un médicament et on est beaucoup plus prudent avec la commercialisation des autres médicaments. L'argument fréquemment mis en avant dans les pays industrialisés, que le Code ne s'applique pas vraiment à ces pays, qu'il n'aurait été fait en réalité que pour les pays en voie de développement,

est faux. Seul le lait maternel est l'aliment parfaitement adapté aux besoins de tous les nourrissons. Il est vrai, par contre, que les conséquences entraînées par une alimentation au biberon peuvent être beaucoup plus graves dans le tiers monde, où la mortalité infantile continue à être dramatique. On parle de 38'000 enfants qui meurent chaque jour, une mortalité due aux causes intimement liées à la sous-alimentation. Trop de souffrances et de morts sont causées par des problèmes créés par l'homme, tels que la publicité trompeuse qui suggère aux mères des pays pauvres que le lait en poudre va donner à ses enfants une vie et un espoir comme dans les pays riches.

Mais l'abandon de l'allaitement maternel a des conséquences graves également dans les pays industrialisés. Ici aussi il y a beaucoup trop de souffrances inutiles, même si les moyens de soigner les enfants malades sont à portée de main. Ce n'est pas non plus parce qu'il y a plus de richesse et une meilleure hygiène, que les bébés et les mères des pays industrialisés devraient être privés de ce plaisir, ce rapport d'amour qu'est l'allaitement maternel. Il est important que tous les professionnels de la santé qui soignent les femmes et les bébés se familiarisent avec le contenu de ce Code. L'allaitement maternel est possible pour presque toutes les femmes, sauf quelques très rares exceptions. La femme