

BIBLIOGRAPHIE

1. Richards AI. *Hunger and Work in a Savage Tribe. A Functional Study of Nutrition among the Southern Bantu*. 1932 Londres : Routledge. 238p.
2. Katona-Apte J. *The relevance of nourishment to the reproductive cycle of the female in India*. 1979 in STINI William A. (ed.), *Physiological and Morphological Adaptation and Evolution*. La Hague, Mouton : 363-368, 525 p.
3. Marlowe F. *The Hadza : hunter-gatherers of Tanzania*. 2010 Californie : University of California Press. 235 p.
4. Touraille P. *Dimorphismes sexuels de taille corporelle : des adaptations meurtrières ? : les modèles de la biologie évolutive et les silences de l'écologie comportementale humaine*. 2005 Thèse de doctorat, École de Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, 441 p.
5. Wood BA, Chamberlain AT. *The primate pelvis : allometry or sexual dimorphism*. *J Hum Evol* 1986 ; 15 : 257-263.
6. Gautier-Hion A. *Dimorphisme sexuel et organisation sociale chez les Cercopithécins forestiers africains*. *Mammalia* 1975 ; 19 : 365-374.
7. Crook JH. *Sexual selection, dimorphism and social organization in the Primates*. 1972 in B. CAMPBELL. (ed.), *Sexual selection and the descent of man*. Aldine Pub. Co., Chicago : 231-288, 388 p.
8. Frémondrière P, Thollon L, Adalian P, Delotte J, Marchal F. *Which Foetal-Pelvic Variables Are Useful for Predicting Caesarean Section and Instrumental Assistance ?* *Med Princ Pract* 2017 ; 26 : 359-367.
9. Harper LM, Odibo AO, Stamilio DM, Macones GA. *Radiographic measures of the mid pelvis to predict cesarean delivery*. *Am J Obstet Gynecol* 2013 ; 208 : 1 - 6.
10. Betti L, von Cramon-Taubadel N, Manica A, Lycett, S.J. *The interaction of neutral evolutionary processes with climatically-driven adaptive changes in the 3D shape of the human os coxae*. *J Hum Evol* 2014 ; 73 : 64-74.
11. Betti L, von Cramon-Taubadel N, Manica A, Lycett SJ. *Global Geometric Morphometric Analyses of the Human Pelvis Reveal Substantial Neutral Population History Effects, Even across Sexes*. *PLoS ONE* 2013 ; 8 : 1-10.
12. Fischer B, Mitteroecker P. *Covariation between human pelvis shape, stature, and head size alleviates the obstetric dilemma*. *Proc. Natl Acad. Sci. USA* 2015 ; 112 : 5655 - 5660.
13. Kurki HK. *Pelvic dimorphism in relation to body size and body size dimorphism in humans*. *J Hum Evol* 2011 ; 61 : 631-643.
14. Kurki HK. *Protection of Obstetric Dimensions in a Small-Bodied Human Sample*. *Am J Phys Anthro* 2007 ; 133 : 1152-1165.
15. Betti L, Manica A. *Human variation in the shape of the birth canal is significant and geographically structured*. *Proc. R. Soc. B* 2018 ; 285 : 1-9.

Entraves à l'allaitement maternel chez des femmes ayant vécu un viol et/ou des abus sexuels pendant l'enfance et/ou l'adolescence

PAR CASSANDRA VIGNON*, SAGE-FEMME, GRENOBLE

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le lait maternel est l'aliment naturel du nouveau-né humain. Donner son sein à son bébé est un geste intime. Dans le cadre de notre activité professionnelle, nous avons été confrontée à des patientes qui ont dévoilé avoir subi des abus sexuels dans l'enfance. Nous nous sommes interrogée sur l'incidence de ces abus sur la représentation de l'allaitement en anténatal, la décision d'allaiter, le déroulement de l'allaitement et le vécu de celui-ci.

1. L'ABUS SEXUEL ET LE VIOL SUR MINEUR : UNE DÉFINITION COMPLEXE ET INDÉNIABLEMENT, UNE EFFRACTION CORPORELLE ET PSYCHIQUE GRAVE

D'après l'OMS, dans le monde, une femme sur 5 et un homme sur 13 expriment avoir subi des violences sexuelles dans leur enfance ⁽¹⁾.

Dans l'enquête *Violences et rapports de genre* (Virage) 1,95 % de femmes se sont déclarées victimes de viols et/ou tentatives et 7,6 % de femmes victimes d'autres agressions sexuelles avant leurs 18 ans ⁽²⁾.

Les abus sexuels répétés, les viols, ou un abus, même, en apparence « minime » blessent durablement et ont un impact sur la santé. Les abus sexuels sur les mineurs constituent un problème de santé publique et peuvent entraver

« La trace du passé crée une niche sensorielle pour le bébé, le monde sensoriel du bébé est appauvri du malheur de sa mère ». BORIS CYRULNIK

le bon déroulement de processus physiologiques ultérieurs ⁽³⁾.

Pour Boris Cyrulnik, les abus sexuels, et en particulier les actes incestueux, « portent atteinte à la filiation » et la blessure du passé continue bien trop souvent d'agir sur le présent. Il s'agit à son sens d'un « traumatisme développemental ». « La trace du passé crée une niche sensorielle pour le bébé, le monde sensoriel du bébé est appauvri du malheur de sa mère » et il parle d'une « crypte dans l'âme » de la jeune maman qui a été victime d'un abus sexuel ⁽⁴⁾.

1. L'ALLAITEMENT MATERNEL, DES ENJEUX CORPORELS ET PSYCHIQUES IMPORTANTS : CADRAGE DES PROBLÉMATIQUES ÉVENTUELLEMENT EN JEU

Dans notre pratique, nous avons pu observer que des femmes sont mal à l'aise avec la question de « l'allaitement à la demande » vécu, parfois, comme une injonction de « mise à disposition » de leur propre corps au bébé. En effet, « Donner son lait n'est pas donner son sein ; laisser le bébé incorporer le lait de sa mère n'est pas forcément le laisser jouir du téton. Le plaisir de l'intimité, de l'union

* cvignon@chu-grenoble.fr

« Donner son lait n'est pas donner son sein; laisser le bébé incorporer le lait de sa mère n'est pas forcément le laisser jouir du téton. Le plaisir de l'intimité, de l'union se teinte d'une nécessité de soumission au désir de l'enfant »

se teinte d'une nécessité de soumission au désir de l'enfant »⁽⁵⁾.

Nous nous interrogeons sur l'impact des abus pendant l'enfance et l'adolescence sur les différentes étapes de l'allaitement. Notre principale hypothèse porte sur la perte de confiance. Perte de confiance en soi, en son propre corps, en l'autre.

Nous nous interrogeons aussi sur la différence entre le vécu actif de « donner » le sein à son bébé et le vécu passif de « laisser le bébé prendre » le sein. Une de nos hypothèses est que la femme qui a subi des abus dans son enfance peut sentir qu'elle est à la « merci » du bébé.

En période anténatale, existe-t-il des peurs, une anticipation anxieuse? Un trouble, un brouillage des limites? Nous avons écouté cette question que beaucoup de femmes se posent : « *Qu'est-ce qui va se passer si je ressens « trop » de plaisir à allaiter?* ». Qu'en est-il pour la femme qui a vécu des abus sexuels?

Nous questionnons : *une personne qui a l'expérience, à son corps défendant, du non-respect des limites, éprouve-t-elle de l'insécurité et de la difficulté à créer la bonne distance avec le bébé? Craint-elle d'être une « mère abusive », manquer de repères? Quid de la pudeur? Existe-t-il des différences dans le vécu de l'allaitement suivant le sexe du bébé? Les représentations, les peurs, les angoisses ont-elles pu être dites? Ont-elles été entendues?*

Une autre piste de réflexion est d'observer si les femmes relient des troubles ou des pathologies éventuelles aux abus sexuels. Notre projet est d'explorer comment l'allaitement maternel, décrit comme « naturel », s'aménage avec le psycho-trauma sexuel.

MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens exploratoires semi-directifs

élaborés avec l'aide de M^{me} L. Créton-Cazanave, sociologue.

1. SITE DE L'ÉTUDE

L'étude est réalisée à l'Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal (UTAP) de l'Hôpital Couple-Enfant au CHU de Grenoble, entre le 1^{er} novembre 2017 et le 31 mai 2018. L'UTAP est composée de trois sages-femmes et de deux médecins psychiatres qui travaillent en coordination.

L'équipe de l'UTAP a été informée de cette étude.

2. ÉCHANTILLON

• Critères d'inclusion

Patientes majeures vues, par nous-même, en consultation à l'Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal de la période du 1^{er} octobre 2011 au 31 octobre 2017.

Ces patientes ont exprimé avoir subi des abus sexuels ou un viol alors qu'elles étaient mineures.

• Critères d'exclusion

Patiente mineure; refus de la patiente de participer à l'étude; patiente maîtrisant mal le français; patiente présentant une pathologie psychiatrique ou des troubles anxio-dépressifs.

• Recrutement des patientes éligibles

Après réflexion en équipe à l'UTAP nous avons contacté les patientes éligibles par téléphone; nous les avons informées que nous réalisions un mémoire dans le cadre du DIULHAM et que nous souhaitions leur proposer d'y participer.

Nous ne les avons pas informées de l'objet de notre recherche, estimant qu'évoquer les abus au cours d'un appel téléphonique inattendu pouvait constituer un stress. Pour celles qui habitaient Grenoble et son agglomération, nous avons proposé de fixer un rendez-vous afin de présenter l'objet de l'étude dans les locaux de consultation à l'UTAP.

Pour celles qui habitaient loin, nous avons fixé un rendez-vous téléphonique afin de présenter l'objet de l'étude. Les deux patientes concernées ont accepté ce rendez-vous téléphonique d'information.

Après information de l'objet de la recherche, chaque patiente a eu un délai de réflexion d'une semaine et nous avons convenu qu'elles prendraient

elles-mêmes un rendez-vous avec nous, auprès de notre secrétaire si elles souhaitent participer à l'étude. Nous n'avons relancé aucune patiente.

• En pratique

- 10 patientes étaient susceptibles d'éligibilité;
- 2 d'entre elles exprimaient encore beaucoup d'angoisse lorsqu'elles évoquaient les abus ou les viols. Aussi, nous les avons exclues de l'étude;
- 1 a été perdue de vue;
- 1 est partie à l'étranger;
- 1 n'est pas venue au rendez-vous que nous avons fixé afin de l'informer sur le contenu de l'étude;
- 2 n'ont pas pris rendez-vous pour participer à l'étude après le délai de réflexion d'une semaine;
- 3 patientes ont accepté de participer à l'étude après le rendez-vous d'information et le délai de réflexion d'une semaine.

3. CONDUITE DE L'ÉTUDE, RECUEIL DES DONNÉES, DÉROULEMENT DES ENTRETIENS

Le recueil des données s'est fait par entretiens enregistrés sur un appareil digital Olympus digital Voice Recorder DS-2400, avec l'accord des personnes; l'enregistrement pouvait être interrompu à leur demande. Ces entretiens ont été retranscrits par nous-même et anonymisés. Une fois retranscrits, ils ont été détruits.

Les entretiens ont été réalisés dans les locaux de consultation de l'UTAP. Les trois patientes connaissent la sage-femme depuis plusieurs années. Les patientes n'ont exprimé aucune réticence à parler et chacune d'entre elles a pu évoquer des questions qu'elle n'avait jamais abordées. Il n'a pas été nécessaire d'interrompre les enregistrements.

4. DOMAINE DE VALIDITÉ: BIAIS ET LIMITES

L'échantillon de cette étude est insuffisant pour la rendre représentative. Le recrutement a été difficile. Des femmes qui ont cheminé: les trois patientes qui ont accepté de participer à cette étude sont des femmes en capacité de parler, leur niveau d'instruction et d'expression est élevé, la moyenne d'âge de ces trois femmes est de 40 ans.

La chercheuse est partie prenante: sage-femme, collègue dans la maternité où est menée l'étude. Bien

ALLAITEMENT

que nous soyons dans un cadre de recherche, la relation thérapeutique n'a pu être complètement mise de côté. La condition de cette étude est l'intersubjectivité.

Consciente de ces biais et limites, nous avons tenté de les pondérer en étant le plus objective possible.

L'ALLAITEMENT À L'ÉPREUVE DE LA BLESSURE

L'analyse longitudinale et transversale des entretiens nous permet de renseigner nos hypothèses et nos questions de départ.

1. DIRE, ÊTRE ENTENDUE

La question de la difficulté à parler et être entendue est centrale chez les trois femmes. B. Cyrulnik affirme que les personnes qui ont été victimes d'abus sexuels, de viol, d'inceste, pendant leur enfance sont « comme les rescapés de la Shoah » et se heurtent aux mécanismes défensifs de leur entourage et de la société qui ne veut, ne peut les entendre ⁽⁴⁾.

La difficulté à parler provient de l'autocensure, la honte (ce mot est relevé à plusieurs reprises) et le souci de protéger les autres. J. P. Mugnier évoque « la grande délicatesse » des personnes qui ont vécu des abus sexuels. D'après son expérience clinique, elles sont souvent préoccupées de ce que leurs propos vont « faire vivre » à leur interlocuteur, et ont tendance à en dire le moins possible pour « ménager » les autres quand bien même on les écoute ! Il décrit, aussi, le sentiment de honte très fréquent, quasi symptomatique, des personnes victimes d'abus sexuels. « *Quel regard vont porter les autres sur moi une fois qu'ils sauront ce qu'on m'a fait ?* » ⁽⁴⁾.

M^{me} A. a allaité dix jours sa première fille, elle n'a pas parlé à son mari de ce qui la tourmentait.

M^{me} I. s'est posée des questions qu'elle n'a abordées avec personne. Elle évoque la honte, la gêne, la crainte de ne pas être comprise.

Quand M^{me} E. a appris qu'elle attendait un garçon, elle a parlé à son entourage de son angoisse.

« Quel regard vont porter les autres sur moi une fois qu'ils sauront ce qu'on m'a fait ? »

L'incompréhension de l'entourage a renforcé chez M^{me} E. une perte de confiance en elle-même.

M^{me} E. décrit avoir été confrontée à « l'évitement » d'une partie de son entourage très proche quand elle a parlé des abus sexuels dont elle avait été victime à l'adolescence. Non-dits, quiproquos, gêne, escamotage du sujet sont à l'œuvre dans les interactions.

M^{me} E. et M^{me} I. décrivent toute une zone de non-dits dans la famille et particulièrement avec leur mari. Tout ce qui concerne l'impact éventuel des abus dans leur maternité est évacué.

M^{me} I. n'a rien abordé avec son mari des questions concernant son intimité sexuelle.

M^{me} I. évoque le viol dont elle a été victime quand elle avait cinq ans et elle exprime le choix qu'elle a fait de ne pas en parler.

Au cours de ces entretiens, la question du DIRE revient de nombreuses fois chez chacune des patientes interviewées et toutes trois disent exprimer quelque chose d'important pour la première fois. Ce qu'elles expriment nous évoque le clivage psychique observé fréquemment chez les personnes ayant vécu des psycho-traumas et la « crypte dans l'âme » dont parle B. Cyrulnik ⁽⁴⁾. Une « crypte » où sont des images des émotions qui agissent sans que la personne en ait tout à fait conscience.

M^{me} A. dévoile, le jour de l'entretien, un abus de la part d'un oncle, à l'adolescence, et elle fait part d'une amnésie partielle.

M^{me} I. parle de cette mémoire traumatique qui est en toile de fond lorsqu'elle s'occupe de son bébé et elle pose la question de l'impact du non-dit dans sa lignée.

M^{me} E. parle, des difficultés avec des professionnels de santé ; elle dit s'être heurtée à des mécanismes défensifs qui peuvent renvoyer pas mal de violences.

M^{me} I. exprime le besoin de la présence de professionnels de santé qui « tiennent le coup ». « *Normopathes aurez-vous la force d'entendre c'est que j'ai à vous dire ?* » B. Cyrulnik ⁽⁴⁾.

2. FILLE OU GARÇON, QU'EST CE QUE ÇA CHANGE ?

Cette question du sexe de l'enfant n'est pas neutre et soulève beaucoup de questionnements. M^{me} A. pose en préambule de l'entretien : « *Déjà la*

« Heureusement que je n'ai pas eu des garçons ! Parce que je ne suis pas sûre que du coup j'aurais pu les allaiter »

première chose que je me suis dite : 'Heureusement que je n'ai pas eu des garçons !'. Parce que je ne suis pas sûre que du coup j'aurais pu les allaiter ». Plus loin, elle répète que « *avec des garçons ç'aurait été insupportable !* ».

L'idée d'allaiter un bébé garçon apparaît spontanément comme insurmontable, ce qu'elle imagine de la relation avec les petits garçons, avec qui elle ne s'autorise pas de proximité corporelle, est très marqué par l'inceste qu'elle a subi. Elle décrit un brouillage dans ses repères.

M^{me} E. a eu une fille puis un garçon ; elle a vécu des différences qu'elle a reliées au sexe du bébé. « *J'ai pas fait le lien avec l'allaitement au départ c'est vrai que très clairement je le vivais pas de la même manière de projeter d'allaiter G. (fille) que H. (garçon)... [...] je savais pas si j'allais pouvoir allaiter mon petit garçon... oui [...] c'était de l'angoisse, la panique (pleure)... la panique ! La panique que ça puisse être sexuel ! (pleure) ».*

Ce sont donc les craintes, les réticences, les questionnements, le malaise que la patiente a exprimés qui ont amené la sage-femme à se poser et à poser la question d'un abus, ce qui s'est confirmé.

N'ayant pas fait le lien entre les abus qu'elle avait subis et le trouble qu'elle ressentait, M^{me} E. se vivait comme « anormale », ressentait une vive culpabilité, perdait confiance en elle.

L'angoisse qu'elle a ressentie quand elle a su qu'elle attendait un garçon et qu'elle s'est imaginé l'allaitement, s'est atténuée quand elle a pu parler et relier sa peur à un abus sexuel vécu à l'adolescence.

L'allaitement de son bébé garçon, qui a six mois et demi au moment de l'enregistrement, n'est pas aussi paisible que celui de sa fille. Elle peut dire son sentiment de culpabilité lorsqu'elle a « trop de plaisir » à allaiter, se pose la question de ce que cela induit chez son bébé.

Cette sensation que décrit M^{me} E. semble se produire en début de tétée, et est très probablement liée à un pic

d'ocytocine. La lecture qu'en fait la patiente est troublée, brouillée et peut la mener à interrompre la tétée.

M^{me} E. décrit une tension psychique dans l'allaitement de son fils et parle à plusieurs reprises dans l'entretien de cette angoisse qui la traverse à certains moments d'être une mère « qui pourrait déraiser ».

Elle parle des pincements qu'exerçait le bébé sur le mamelon et qui ont motivé plusieurs consultations chez un ostéopathe, ces pincements évacuaient la question du plaisir.

Sa motivation à allaiter, sa réelle volonté à faire la part des choses et l'accompagnement dont elle a bénéficié semblent porter M^{me} E. vers plus de sérénité au fil des mois qui passent.

3. LA QUESTION DE L'INCESTE, TROUVER LA BONNE DISTANCE

Nous nous posons la question du vécu de la proximité avec le bébé, du brouillage des limites, la peur d'être une mère « abusive ». Les questionnements des femmes vont dans ce sens : se pose la problématique de « trouver la bonne distance », de l'angoisse « d'aller trop loin », de l'inceste.

• Allaiter, c'est de l'inceste !

L'inceste dont a été victime M^{me} A. quand elle était enfant ne s'est pas présenté pendant ses grossesses. Le vécu de son premier allaitement a été difficile car la question des abus est resurgie brutalement, à la naissance de son bébé.

Elle a trouvé appui auprès de la sage-femme à qui elle a pu dire son malaise. Elle a sevré son bébé ; elle exprime un sentiment d'échec.

J.-P. Mugnier décrit ce sentiment que peuvent avoir les personnes qui ont subi des abus, l'impression que le mal gagne et envahit tous les terrains de la vie, l'inceste « s'invite » et l'abus perdure ⁽⁴⁾.

Pour son deuxième allaitement, elle décrit avoir été confrontée à nouveau à cette question. Elle a trouvé soutien auprès de son frère. Le frère de M^{me} A. lui a permis de voir que son « désir d'allaiter n'était pas malsain » ; elle a allaité son deuxième bébé jusqu'à huit mois, l'allaitement était un vrai enjeu qui lui a permis de se construire en tant que mère.

Les trois patientes expriment à un moment de l'entretien que l'allaitement leur a permis de restaurer quelque chose

dans leur histoire, dans la relation avec elles-mêmes et avec leurs enfants.

• Trouver la bonne distance avec le bébé

La question de la distance avec ses enfants est très prégnante pour M^{me} A. Elle parle de la relation corporelle avec ses filles, dit le manque de confiance en elle-même et l'angoisse sous-jacente. Un peu plus loin, elle précise, en parlant des abus dont elle a été l'objet, son manque de repères.

M^{me} I., quant à elle, tout au long de l'entretien décrit aussi la réelle préoccupation de ne pas être intrusive avec son bébé. M^{me} I. sait que les questions de proximité corporelle et d'intimité sont compliquées pour elle ; elle s'interroge avec finesse sur ce qu'elle projette de sa difficulté personnelle dans la relation avec son bébé et est en recherche permanente de bien agir pour ne pas lui imposer trop de proximité corporelle.

Elle est angoissée à l'idée d'envahir corporellement son bébé, d'être intrusive. Elle décrit être envahie par des images très désagréables lors de certains soins. Elle décrit, aussi, s'extraire partiellement de la gêne grâce à l'acquisition d'automatismes, ce qui exige une forme de clivage.

Ce qu'elle décrit n'est pas en lien direct avec l'allaitement mais celui-ci implique une grande proximité corporelle, un corps à corps avec le bébé et nous pouvons facilement imaginer que cela ait pu être difficile au démarrage.

Nous observons dans ces entretiens que, pour deux femmes, extraire le lait, au tire-lait électrique, pendant un certain temps a été une aide. Laisser le bébé aller au sein librement, à sa guise, n'est pas aisé.

Au moment de l'entretien le bébé de M^{me} I. a 9 mois et il a été nourri exclusivement au lait maternel. Cet allaitement aura été marqué par un grand désir de respecter le bébé.

La question de la distance avec le bébé est donc très présente sous différentes formes et chacune exerce à certains moments de l'allaitement un contrôle sur elle-même, sur ses gestes, sur son comportement et dans son ressenti corporel, sur l'accès du bébé au sein. Ce contrôle, cette autosurveillance sont exercés par crainte d'aller dans quelque chose qui ne serait pas « normal » avec son enfant.

C'est comme si le chaos, le désordre, semés par les abus, le viol venaient se projeter dans la relation avec le bébé, dans les soins et dans l'allaitement, embrouiller les repères de la jeune mère...

Les repères sont brouillés et ce qui est « banal » devient envahi par le trouble : nettoyer le nez du bébé au sérum physiologique est un stress, ressentir un plaisir sensuel en allaitant crée une angoisse, un élan de tendresse un peu vif pour son enfant est vécu comme menaçant ou équivoque. C'est comme si le chaos, le désordre, semés par les abus, le viol venaient se projeter dans la relation avec le bébé, dans les soins et dans l'allaitement, embrouiller les repères de la jeune mère qui se vit comme potentiellement « mauvaise » ou « anormale ». Le moins que l'on puisse dire est que ces mères ne sont pas totalement tranquilles et qu'elles utilisent beaucoup d'énergie à se protéger et à protéger leur enfant des émotions, des pensées difficiles qui font irruption dans leur allaitement et leur intimité maternelle.

Dans ce que décrivent ces femmes, la difficulté survient à un moment inopiné, inopportun ; elles doivent « faire avec » et leur bébé aussi. B. Cyrulnik parle des abus sexuels sur l'enfant, de l'inceste comme d'une « atteinte de la filiation » et il explique le besoin très grand qu'ont ces femmes d'être entourées et rassurées ⁽⁴⁾.

4. LA PUDEUR

Ces trois femmes décrivent la relation avec leur corps, avec le « sein ». Elles expriment un clivage dans la féminité : femme *versus* mère.

M^{me} A. exprime une tension interne, un vrai contrôle et une fausse désinvolture quand elle a allaité sa deuxième fille. Est-ce que contrôler certains paramètres permet la mise de côté du corporel, de la sensualité ? Pudeur, gêne, trouble, embarras, difficulté à soutenir le regard des autres, ou difficulté à donner le sein en présence de certaines personnes de l'entourage, ces questions sont classiques, courantes, concernent beaucoup de femmes mais comment sont-elles décryptées dans ces cas particuliers ?

M^{me} A. parle de son premier allaitement, de la gêne en présence de son père. M^{me} A. ne se sent pas en sécurité. On imagine aisément que cela puisse entraver l'allaitement, d'autant que si l'embarras est associé à l'abus, il peut majorer le stress, inhiber l'attitude spontanée de demander à la visite de sortir de la pièce pendant la tétée.

Concernant la sexualité, M^{me} A. ne l'aborde pas directement mais dit que l'arrivée du deuxième bébé a été difficile pour le couple.

Pour M^{me} I., la question de la pudeur a soulevé beaucoup d'éléments, elle a pu dire ce qu'elle a vécu durant toute la période d'allaitement. Elle n'est pas parvenue à concilier la femme et la mère. Elle pose la question du clivage, de l'évitement de l'intimité sexuelle auquel les couples peuvent avoir recours pour permettre l'allaitement. Pendant 9 mois M^{me} I. a consacré ses seins à leur « fonction maternelle ».

Reste que, malgré la complexité, les ambivalences, l'allaitement a aussi restauré quelque chose pour M^{me} I. : « *Ce qui me vient comme ça, c'est quelque chose quelque part de positif pour moi. C'est de me dire : j'ai l'impression, du fait de l'allaitement, d'avoir quelque part surmonté, comme si j'avais pu adopter ma propre féminité...* ». Et c'est important pour elle, car elle se demandait même avant la grossesse si elle « supporterait cette proximité d'être touchée ». Ce qu'elle dit quand elle évoque la fin de l'allaitement, laisse entendre qu'elle y a trouvé beaucoup de satisfactions.

Elle envisage aussi le sevrage avec un peu d'appréhension car elle sait que ça va demander un temps de réadaptation. M^{me} I. a besoin de temps, d'un temps d'adaptation aux changements.

M^{me} E. décrit la pudeur comme « proportionnelle à la durée de l'allaitement ». Elle a allaité longtemps sa fille, a perçu le jugement de la société, en particulier dans le monde professionnel. Elle dit

Il nous semble, à entendre ces femmes, que le sein doit « travailler », qu'il faut « faire », sinon il retrouve une dimension sexuelle trop marquée à leurs yeux.

vivre ça beaucoup plus tôt pour son fils. Elle évoque encore la peur d'une relation trop fusionnelle avec son garçon, le regard des autres, la difficulté à concilier le sein « sexué » et le sein lactant et, bien qu'elle ne veuille pas sevrer son fils, elle y pense bien plus tôt que pour sa fille. Plus son bébé grandit, moins elle semble trouver légitime de l'allaiter. Il nous semble, à entendre ces femmes, que le sein doit « travailler », qu'il faut « faire », sinon il retrouve une dimension sexuelle trop marquée à leurs yeux.

À noter que nous avons observé souvent dans notre pratique clinique un sentiment de culpabilité induit par l'entourage chez les femmes qui allaitent longtemps. Notre culture de non-allaitement stigmatise les femmes, les familles, qui font ce choix. Prolonger l'allaitement est perçu comme un caprice de la mère pour son propre plaisir (suspect ?) au détriment de l'autonomie de son enfant.

Pour M^{me} E. c'est peut-être un peu plus douloureux le regard des autres, ou ce qu'elle en imagine. Cela vient peut-être renforcer ses propres doutes, son manque de confiance en elle et la questionner sur sa « normalité » comme elle l'a exprimé tout au long de l'entretien. Pour l'allaitement de sa fille, elle s'est rendue aux réunions de la Leche League et y a trouvé beaucoup.

5. L'ACCUEIL DU NOUVEAU-NÉ

Lorsque nous avons posé la question de la première rencontre avec leur bébé, nous ne l'avons pas pensée aussi cruciale. Ce qu'elles décrivent ouvre sur des questions importantes.

Chez ces trois patientes, la première rencontre avec leur premier bébé a un arrière-goût de rendez-vous manqué. Ce qui est dommageable pour toute femme bien sûr, mais peut-être plus chez une femme dont l'histoire est marquée par des psycho-traumas.

Pour M^{me} E., la première rencontre avec sa fille est chaotique.

M^{me} E. a vécu une expérience très désagréable qui l'a beaucoup angoissée. Elle décrit l'allaitement très long de sa fille comme une « bouée de sauvetage », elle a eu vraiment peur de perdre pied au moment de cette naissance.

Pour M^{me} A., la rencontre avec son bébé est décrite comme déshumanisée. Elle décrit un manque d'enveloppe et de soutien. Cette naissance l'a ébranlée. Elle exprime la grande fragilité dans

Une naissance difficile, un accouchement long, un bébé qui arrive trop vite sur sa mère, alors qu'elle n'est pas tout à fait remise, réactiveraient-ils un traumatisme ancien ?

laquelle elle s'est trouvée qui est peut-être, aussi, la résultante de plusieurs psycho-traumas, incestes, mort de sa mère quand elle était enfant. La vulnérabilité normale de la jeune accouchée semble se démultiplier du fait du passé traumatique.

M^{me} A. et M^{me} E. décrivent un sentiment d'étrangeté, cette impression « d'être là sans être là ». La rencontre brutale ne permet pas la découverte du bébé mais est une effraction. Ce qu'ont vécu ces femmes, au moment de la naissance de leur premier bébé n'est pas sans nous évoquer ce que décrivent les victimes d'abus sexuels. Une naissance difficile, un accouchement long, un bébé qui arrive trop vite sur sa mère, alors qu'elle n'est pas tout à fait remise, réactiveraient-ils un traumatisme ancien ? Nous nous interrogeons.

Pour M^{me} I., le vécu de la rencontre avec son bébé n'est pas aussi chaotique mais pose encore la question de la présence psychique. M^{me} I. et son bébé n'ont pas bénéficié d'un temps en peau à peau le jour de la naissance. Du fait de la césarienne, elle l'a retrouvé quelques heures après.

SOUTENIR LE DÉSIR D'ALLAITEMENT

Ces trois patientes ont pu trouver des ressources pour faire face aux difficultés. Nous abordons ce qui a été source de vitalité, ce qui leur a permis de se renforcer, de prendre confiance en elles.

1. ACCUEIL DE LA PAROLE

Chacune de ces trois patientes a réalisé un travail psychothérapeutique, thérapie, psychanalyse ou suivi avec un médecin psychiatre. Dire, être écoutée sans se sentir jugée, a été important pour toutes ces femmes.

M^{me} I. parle du travail de psychothérapie qu'elle a entrepris quelques années auparavant.

L'accompagnement pendant la gros-

sesse et en post-partum a été aussi très soutenant. Parler, donner du sens aux angoisses apparemment irrationnelles avec un professionnel de santé en qui elles avaient confiance leur a permis de passer certains écueils. Dire la question des abus, de l'inceste, du viol dans un espace protégé, à un interlocuteur dont c'est la place et la fonction a été porteur.

Dire n'est pas nécessairement parler à toute l'équipe du psycho-trauma. C'est pouvoir exprimer ses besoins et être entendue. M^{me} E. a demandé aussi à ce que son mari puisse être auprès d'elle en salle de césarienne et elle pense que tout ça l'a beaucoup aidée.

2. CE QUI FAIT ENVELOPPE

Être enveloppée, se sentir enveloppée, entourée, contenue, reviendra très souvent dans les enregistrements comme facteur de réassurance et de soutien. Il peut s'agir d'un enveloppement physique par un contact respectueux, chaleureux ou par un tissu.

Il s'agit aussi d'enveloppement émotionnel, affectif, psychique. Une présence, une parole, un regard. Tout ce qui crée une enveloppe a fait beaucoup de bien et a favorisé la sécurité avec le bébé. B. Cyrulnik parle de la nécessité, pour les femmes qui ont vécu des abus sexuels, des situations d'inceste, d'être accompagnées lors de la naissance de leur bébé par des femmes aînées maternantes qui les confortent dans leurs capacités ⁽⁴⁾.

M^{me} E. parle de sa meilleure amie plus âgée qu'elle : « elle a un côté très maternant... ». La sage-femme peut et souvent doit avoir cette place maternante, l'auxiliaire de puériculture aussi bien sûr d'autant que c'est elle qui va être auprès de la jeune mère pour des apprentissages fondateurs. Dans notre travail d'accompagnement à l'UTAP, lorsque les patientes que nous connaissons, pour les avoir accompagnées pendant la grossesse, accouchent, nous passons les voir régulièrement et nous

faisons le lien avec l'équipe afin de les soutenir au mieux.

Le séjour en maternité est sécurisant et contenant, la durée du séjour doit être estimée en fonction des besoins de la maman et du bébé.

Le soutien de mère à mère, le soutien humain, partager avec les autres femmes, se sentir faire partie d'un cercle (au sens propre, les réunions de la LLL sont organisées de cette façon), avoir le sentiment d'être « normale » sont des expériences très aidantes.

M^{me} E. parle de la *Leche League*. M^{me} A. parle de sa « copine d'allaitement », une femme expérimentée qu'elle a pu contacter quand elle avait besoin d'aide.

Tous ceux qui ont pu les reconnaître comme capables, courageuses et qui leur ont permis de prendre appui pour retrouver confiance en elles-mêmes ont été d'une aide précieuse. Un mari encourageant, un frère à l'écoute, une femme aînée rassurante, les auxiliaires de puériculture, les sages-femmes à la maternité et au retour à la maison, les puéricultrices de PMI, la famille, les groupes de soutien de mère à mère, etc.

3. PLACE PARTICULIÈRE DU SOIN EN PEAU À PEAU

M^{me} E. et M^{me} A. ont chacune accueilli leur deuxième bébé dans de bien meilleures conditions que la première fois et la rencontre a été vécue de façon harmonieuse. Dans leurs descriptions, la mère et son bébé se rencontrent vraiment, ils sont tous deux sujets. Le moment est très humanisé par l'équipe. Elles apprécient, savourent la rencontre. Elles décrivent un véritable enveloppement corporel et psychique de la mère, de son bébé et du père.

Malgré une deuxième césarienne, M^{me} E. a pu avoir un moment privilégié avec son bébé au bloc opératoire. Son mari a pu aussi accueillir son bébé en peau à peau.

M^{me} I., après la césarienne, a pu vivre des moments de soins en peau à peau dans le service de maternité.

M^{me} I. décrit donc très bien ce soin qui est apporté conjointement à la mère et à l'enfant. Pour cette femme qui a décrit à plusieurs reprises ses craintes « d'être touchée », se trouver enveloppée avec son bébé a pu être un moment de grande intimité et certainement une réelle bientraitance.

Tous ceux qui ont pu les reconnaître comme capables, courageuses et qui leur ont permis de prendre appui pour retrouver confiance en elles-mêmes ont été d'une aide précieuse.

UN SUJET DIFFICILE, UN POINT DE VUE PARTICULIER

Les trois patientes qui ont accepté de participer à ce travail sont des femmes qui sont en capacité de parler et qui en avaient le désir. Cela n'est pas donné à tout le monde. Chacune porte, avec sa singularité, un vif intérêt à l'allaitement ; elles ont allaité plus longtemps que la moyenne des femmes en France. Nous nous posons la question si le fait d'avoir allaité peu ou pas du tout a été un frein à la participation à cette étude pour d'autres femmes.

La relation de confiance établie antérieurement dans un cadre thérapeutique avec la sage-femme de l'UTAP a permis qu'elles puissent aborder avec confiance ce thème difficile dans un cadre de recherche.

Certaines de nos hypothèses de départ ont été confortées : la difficulté à vivre sereinement les sensations « trop » agréables, la question de la distance avec le bébé, la peur d'être une mère abusive, créent un vrai trouble et peuvent entraver l'allaitement maternel. Les trois patientes expriment exercer, à certains moments, un contrôle sur l'allaitement, sur elles-mêmes, et aussi sur l'accès au sein pour le bébé. Elles décrivent des évitements, des coupures dans les tétées, des interruptions, des sevrages brutaux et non désirés, liés à un inconfort psychique de la mère.

Pour nos autres hypothèses : la question du bébé et de « l'allaitement à la demande » qui serait vécu comme éventuellement « persécuteur », et celle des pathologies du sein lactant (et le lien éventuel que les patientes en faisaient avec les abus qu'elles avaient vécus), aucune de ces patientes n'en a fait part dans le cadre de ces entretiens. Cette étude ne permet pas de renseigner ces questions, cependant notre expérience professionnelle nous convainc que ça reste à explorer.

Être enveloppée, se sentir enveloppée, entourée, contenue, reviendra très souvent dans les enregistrements comme facteur de réassurance et de soutien.

Notre principale hypothèse portait sur la perte de confiance en soi, en son propre corps, en l'autre comme obstacle à l'allaitement.

La difficulté à dire la souffrance, l'angoisse, les questionnements, les doutes et celle à se sentir entendue est une question centrale pour les trois patientes et cela nous conforte dans l'hypothèse de la perte de confiance. Les trois patientes expriment un sentiment de honte, se posent beaucoup la question de leur « normalité », ce qui bien évidemment vient conforter l'hypothèse de la perte de confiance en soi.

Pour ces trois patientes, allaiter est une expérience qui leur a permis de restaurer une meilleure estime d'elles-mêmes et est un élément de réassurance dans leur maternité. Il en est de même du soin en peau à peau avec leur bébé, cette piste mérite d'être explorée.

CONCLUSION

Les abus sexuels, l'inceste, le viol dans l'enfance et l'adolescence sont des sujets difficiles et douloureux que collectivement nous avons du mal à entendre. Les personnes qui ont été victimes d'abus sexuels ont eu pour injonction de se taire et elles ressentent de la honte ⁽⁴⁾.

Dans ce travail, trois femmes abordent la question difficile des abus sexuels, du viol pendant l'enfance et l'adolescence et du lien qu'elles en ont fait avec l'allaitement de leurs bébés.

La maternité, l'allaitement sont des expériences complexes très souvent idéalisées. Il n'est pas aisé pour les mères de dire leurs difficultés.

La grande confiance qui a été faite à la sage-femme par ces femmes est une force pour ce travail de recherche. Elles ont pu dire des choses pour la première fois, elles se sont exprimées avec une sincérité et un courage exemplaires.

Si leur engagement a été aussi grand, c'est avant tout parce qu'elles étaient désireuses d'aider d'autres femmes, celles qui pour diverses raisons ont moins de facilités ou de possibilités à s'exprimer.

Nous espérons porter, soutenir avec loyauté leur parole.

Si leur engagement a été aussi grand, c'est avant tout parce qu'elles étaient désireuses d'aider d'autres femmes, celles qui pour diverses raisons ont moins de facilités ou de possibilités à s'exprimer.

Entendre ce que disent ces trois femmes ne peut que nous encourager à être à l'accueil des paroles, des émotions qu'expriment les jeunes mères afin de laisser la parole advenir, et éviter, si possible, que des mères ne se retrouvent seules, enfermées dans un grand malaise, avec leur bébé.

Dans ce travail de recherche, nous sommes dans une démarche d'accueil de la parole et nous nous confrontons à la difficulté que représente le fait de porter à la collectivité la parole de celles qui ont été victimes dans l'enfance d'abus sexuels. Cette difficulté collective à entendre et accueillir est bien souvent involontaire et inconsciente. Reste qu'elle fait violence, en l'occurrence, aux mères et aux enfants.

Qu'est-ce qu'un allaitement réussi ? Ces femmes nous parlent de cinq allaitements dont chacun est une histoire singulière. Elles ont eu recours au tire-lait, à des méthodes alternatives pour donner leur lait au bébé, mais ce qu'il y avait en arrière-plan, ce qui se jouait vraiment, était plus complexe.

Ces trois femmes n'ont parlé des abus, de l'inceste, du viol dans l'enfance qu'au terme d'une longue relation de confiance. Elles ne font pas exception. C'est dans la qualité de la relation que nous devons encore nous interroger. Cette qualité de relation exige du temps, de la disponibilité psychique, et une attention aussi à ce que, humainement, nous ressentons des jeunes accouchées, de leur compagnon, de leur bébé, pour les accompagner dans cette période extrêmement sensible. ***Avec nos gestes, nos paroles, nos regards, notre présence, nous pouvons créer un tissu d'humanité pour envelopper la jeune mère.***

Connaître la physiologie de l'allaitement maternel qui ne supporte pas le contrôle, mais qui répond à des mécanismes de régulation très subtils, peut nous aider à sortir de discours trop normatifs et psychologisant sur ce que doit être la relation normale

Avec nos gestes, nos paroles, nos regards, notre présence, nous pouvons créer un tissu d'humanité pour envelopper la jeune mère.

d'un enfant avec sa mère et de ce que doit être un allaitement « normal ». Le « lâcher-prise » dont parlent ces femmes, propice à la régulation physiologique de l'allaitement maternel, se produit dans la sécurité. C'est ce qui a manqué à ces femmes lorsqu'elles étaient des enfants, des jeunes filles. C'est au prix de relations thérapeutiques humainement authentiques que nous créerons des espaces où les patientes auront la possibilité de se sentir en sécurité, se détendre, exister avec leur complexité et leur ambivalence. La souffrance, le doute, le questionnement doivent pouvoir se dire sans se heurter aux paradigmes, aux dogmes, aux mécanismes de défense qui nous raidissent et ferment la relation.

Comment, nous, les professionnels, pouvons-nous accompagner les jeunes mères dans la construction d'une plus grande sécurité ? Comment sommes-nous formés et soutenus pour être à cette place de soin, d'accompagnement et d'accueil de la parole ? C'est un enjeu de santé publique, un défi pour les soignants. •

BIBLIOGRAPHIE/SITOGRAFIE

1. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/>
2. https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26153/document_travail_2017_229_violences.sexuelles
3. <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/campagne2015/2015-Synthese-enquete-AMTV.pdf>
4. Cyrulnik B, Mugnier JP, Journées d'études 28 et 29 Octobre 2013 Grenoble « Les professionnels face à l'inceste », Association SOS Inceste Pour Revivre.
5. <https://www.cairn.info/revue-spirale-2002-2-page-65.htm>