



**La consommation d'alcool pendant la période d'allaitement :
représentations et pratiques**

DANIELA DEL VECCHIO

Étudiante Bachelor – Filière Sage-femme

Directrice de travail : YVONNE MEYER

**TRAVAIL DE BACHELOR DÉPOSÉ ET SOUTENU A LAUSANNE EN 2018 EN VUE DE
L'OBTENTION D'UN BACHELOR OF SCIENCE HES-SO DE SAGE-FEMME**

**Haute Ecole de Santé Vaud
Filière Sage-femme**

Résumé

Ce travail de Bachelor s'intéresse aux représentations et aux comportements des femmes, en lien avec la gestion des risques liés à la consommation d'alcool pendant la période d'allaitement. Il aborde une problématique de santé publique encore peu explorée en Suisse.

Objectifs

Le but de ce travail est d'explorer les représentations, ainsi que les difficultés rencontrées par les femmes, dans la mise en place de changements en lien avec la gestion des risques liés à la consommation d'alcool. Cette étude s'intéresse également à l'influence du partenaire dans les choix adoptés par les femmes, ainsi qu'à l'implication de la sage-femme, dans le soutien de la mise en place de stratégies visant la réduction des risques.

Méthodologie

Ce travail répond à une collaboration avec l'équipe de recherche ORACLE, qui est une étude qualitative financée par le Fonds National Scientifique. Il inclut l'analyse thématique de trois entretiens semi-dirigés menés auprès de trois femmes allaitantes.

Résultats et conclusions :

La norme sociale de la "bonne mère" régit les comportements et les choix des femmes en matière d'alcool et d'allaitement. Dans une société fortement influencée par la peur des risques, les connaissances profanes prévalent sur le savoir scientifique.

Les partenaires et les professionnels de la santé paraissent peu impliqués dans le terrain de la gestion des risques liés à la consommation d'alcool. Leur attitude ne favorise pas le dépassement des difficultés rencontrées par les femmes.

Mots-clés

Alcool, allaitement, partenaire, représentations, risques, sage-femme

AVERTISSEMENT

La prise de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de son auteur et en aucun cas celle de la Haute Ecole de Santé Vaud, du Jury ou de la Directrice du Travail de Bachelor.

J'atteste avoir réalisé seule le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste de références.

Lausanne, le 15 juin 2018,

Daniela Del Vecchio

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce travail.

Merci à Yvonne Meyer, Solène Gouilhers Hertig et Raphaël Hammer, de l'équipe ORACLE, pour leur disponibilité et leurs précieux conseils.

Merci à mon ami Julien, à ma famille tessinoise et à mes complices « Hesaviennes », pour leur soutien, leur bienveillance et leur écoute inconditionnels.

Merci à mes amies Pauline, Shota et Cécile et pour les encouragements, les conseils, la relecture et la correction de ce travail.

Table des matières

1. INTRODUCTION	1
2. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL	2
2.1 ORACLE.....	3
2.2 L'allaitement	4
2.3 Alcool et périnatalité	5
2.4 Approche socioculturelle.....	7
3. PROBLEMATIQUE	9
4. DIMENSION ETHIQUE	11
5. METHODE	13
6. ANALYSE	15
6.1 Description des résultats.....	15
6.1.1 Information reçue	15
6.1.2 Changements d'habitudes.....	18
6.1.3 Représentations et perception des risques	19
6.1.3.1 Breast is the best... Jusqu'à quel point ?	19
6.1.3.2 La norme de la "bonne mère"	22
6.1.3.3 La peur des risques	24
6.1.3.4 Le seuil d'acceptabilité.....	28
6.1.4 Le soutien du partenaire	29
6.2 Analyse critique.....	30
7. DISCUSSION	34
7.1 Les risques liés à la norme de la "bonne mère"	34
7.2 Quelle implication de la part des professionnels ?	36
7.3 Quid du bon partenaire ?	40
8. RETOUR DANS LA PRATIQUE	41
8.1 Perspectives professionnelles	41

8.2 Nouvelles pistes de recherche	42
9. CONCLUSIONS	43
10. REFERENCES	46
11. ANNEXES	50

1. INTRODUCTION

Au cours de ma formation de Sage-Femme (SF), j'ai étudié à plusieurs reprises les processus de recherche et de construction du savoir scientifique.

Comme j'ai pu le constater sur le terrain à des multiples reprises, l'Evidence-Based Medicine (EBM) est devenue un élément indispensable à l'élaboration de recommandations de bonne pratique et à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.

Bien que le monde de la recherche me paraisse encore très complexe et spécifique, j'ai toujours été fascinée par ce domaine.

Au mois de septembre 2017, j'ai appris qu'une recherche qualitative financée par le Fonds National Scientifique (FNS) offrait la possibilité à une étudiante SF d'effectuer son Travail de Bachelor (TdB) dans ce domaine. J'ai tout de suite été motivée par cette possibilité. Cette expérience représentait pour moi une belle occasion d'apprentissage dans le domaine de la recherche, sur une problématique de mon intérêt et pertinente au domaine de l'art sage-femme. La perspective de contribuer ainsi à l'élaboration de résultats probants utiles aux activités professionnelles des acteurs de la santé m'a particulièrement motivée. De plus, la collaboration avec des chercheurs m'a tout de suite semblé une opportunité d'évolution de ma propre façon de réfléchir et travailler. L'originalité du projet et la rencontre concrète avec trois femmes en post partum ont également influencé mon choix, qui représentait pour moi un intéressant défi.

En 2017, j'ai assisté à un cours du module 1003 donné par la Professeuse Meyer au sujet de la consommation d'alcool pendant la grossesse et le post partum. Le contenu de la présentation m'a de suite questionnée, en me donnant envie de m'y intéresser davantage. En tant que future SF, j'estime important d'être en mesure d'aborder le sujet de l'alcool, tout en adoptant une attitude professionnelle et cohérente avec les représentations des familles. Il est pour moi fondamental qu'une démarche de promotion de la santé s'inscrive dans une dynamique de partenariat, incluant non seulement des connaissances scientifiques solides en lien avec les effets de l'alcool pendant la période périnatale, mais également une meilleure compréhension de la perception de ce risque par les familles, leurs motivations et les stratégies qu'elles mettent en place. Cette base-là me permettra d'orienter ma future pratique professionnelle, en tenant compte au mieux des connaissances des familles, leurs représentations, leurs ressources et leurs obstacles.

Au-delà des perceptions individuelles et subjectives du risque, il est important d'investiguer les facteurs sociétaux qui influencent la construction des représentations à l'origine des comportements des individus. Cela représente, à mon avis, la clé de compréhension des réels besoins des familles en

période d'allaitement, en terme d'information, d'accompagnement et de soutien de la part des professionnels de la santé. L'inclusion du rôle du père dans la compréhension des comportements liés à la consommation d'alcool pendant la période d'allaitement, représente également pour moi un aspect fondamental à la compréhension de la dynamique familiale et des comportements de la femme. Étant donné le rôle d'accompagnement global de la sage-femme, il est fondamental de considérer la femme comme un système en interaction avec son environnement familial et sociétair.

Pour toutes ces raisons, j'estime très riche et intéressant de pouvoir aborder la thématique de la consommation d'alcool pendant la période de l'allaitement également d'un point de vue sociologique et interdisciplinaire, comme proposée par l'étude à laquelle j'ai décidé de participer.

2. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL

La consommation d'alcool pendant la période périnatale représente une problématique de santé publique actuelle et récurrente, à laquelle de nombreuses familles sont confrontées. En Suisse, la consommation d'alcool pendant la grossesse touche environ 4 femmes sur 10 selon Meyer-Leu, Lemola, Daeppen, Deriaz et Stefan (2011). Concernant la consommation d'alcool pendant la période d'allaitement, il n'existe pas de chiffre en Suisse. Haastrup, Pottegard et Damkier (2004) indiquent que la moitié des femmes allaitantes, en Europe, consomment de l'alcool. Cependant, nous ne connaissons par la fréquence et le niveau de leur prise d'alcool.

La consommation d'alcool pendant la période périnatale, en Suisse, pourtant, est considérée par Schnegg, comme un problème "à bas bruit". (2013) À la différence d'autres pays où la thématique résonne à haute fréquence dans le quotidien des parents, des professionnels de la santé et des médias, en effet, le sujet est peu discuté et réservé à « *certaines espaces spécifiques* », dans notre pays. Comme j'ai pu constater au cours de mes stages de formation pratique, la thématique de l'alcool n'est que rarement et brièvement abordée lors des consultations de suivi de grossesse et du post partum. Est-ce par manque de temps ? Par manque de compétences en la matière de la part des professionnels de la santé ? Par peur d'adopter une thématique sensible par une attitude "moralisatrice" ? S'agit-il d'un sujet tabou ? Les professionnels de la santé se sentent-ils concernés par cette problématique ?

La périnatalité représente une période de bouleversement des habitudes des familles, qui nécessite la mise en œuvre de nombreux changements quotidiens et une adaptation constante à un nouveau statut. La SF, par son accessibilité et proximité avec les familles, est un des professionnels les plus aptes à accompagner les parents dans leur recherche d'équilibre. La SF doit permettre aux parents d'acquérir des connaissances et des compétences contribuant à la promotion de la santé de leur enfant selon la Haute Autorité de Santé (HAS, 2005). L'information et la mise en œuvre d'actions d'éducation pour la

santé, y compris pour un sujet comme la consommation d'alcool pendant la grossesse et l'allaitement, font donc partie de notre rôle professionnel.

Les preuves scientifiques attestent que la consommation élevée et récurrente d'alcool a des effets néfastes sur la santé et le développement de l'enfant. Il n'existe en revanche pas de données démontrant les conséquences d'une consommation de quantités faibles à modérées d'alcool. Dans cette zone d'incertitude, par principe de précaution, les recommandations officielles de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), la Fédération Suisse des Sages-Femmes (FSSF), la Société Suisse de Gynécologie (SSG), ainsi qu'Addiction Suisse (AS) prônent une politique d'abstinence absolue pendant la grossesse et l'allaitement. Mais quel est l'impact de ces recommandations strictes sur les pratiques des familles ? Quelles sont les réelles représentations de la perception du risque de la consommation d'alcool de la part des femmes allaitantes ? Quelles stratégies mettent-elles en place pour gérer cette problématique ?

2.1 ORACLE

Au mois de mars 2016, Hammer et Meyer, professeurs ordinaires à la Haute École de Santé Vaud (HESAV), ainsi que Pehlke-Milde, directrice de l'Institut de recherche sage-femme de Zurich (ZHAW), ont soumis au FNRS leur projet intitulé "*Les couples et la consommation d'alcool durant la grossesse et l'allaitement: approche socioculturelle d'un risque ordinaire*" (ORACLE= "*Ordinary Risk of Alcohol in Couples Expecting a baby*")

Ce projet découle d'une recherche primaire nommée RISALCO ("**RIS**que lié à l'**ALCO**ol durant la grossesse: gestion au sein du couple et enjeux professionnels"), réalisée à l'HESAV dès 2014, grâce au financement de la Haute École de Spécialisée Suisse Occidentale (HES-SO).

ORACLE, qui a obtenu le financement du FNS, a démarré au mois de juin 2017. Cette étude pilote s'intéresse aux familles, et plus précisément à leurs représentations du risque, ainsi que le contexte d'une consommation d'alcool faible à modérée pendant la grossesse et l'allaitement. Il se penche également sur le rôle du partenaire dans la gestion de la problématique de consommation.

En parallèle à ORACLE, une autre équipe de recherche d'HESAV travaille sur un complément à l'étude RISALCO, en investiguant la compréhension des professionnels (gynécologues) de la perception et la gestion du risque lié à l'alcool de la part des familles. L'appréhension du rôle de promoteur de la santé des professionnels, ainsi que leur rôle concernant l'implication des pères dans le suivi des couples, fait également partie de ce complément de recherche.

En raison de mon intérêt pour l'allaitement maternel, ainsi que l'originalité du sujet, que j'ai demandé de faire partie de l'étude pilote. Ma demande a été acceptée par Mme la Prof. Meyer, membre de l'équipe de recherche. J'ai donc démarré ma participation à la recherche ORACLE au mois d'octobre 2017.

Dans les sous chapitres suivants, je vais exposer la revue de littérature produite par l'équipe de recherche pour la soumission du projet de recherche au FNS. J'actualiserai les données concernant l'alcool et l'allaitement, ainsi que les représentations des couples, en complétant les informations déjà explorées par des nouvelles notions scientifiques découvertes grâce à mes recherches bibliographiques.

2.2 L'allaitement

Les bénéfices de l'allaitement maternel sont à ce jour une évidence prouvée par des nombreuses études scientifiques. Comme annoncé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), l'allaitement est le meilleur mode d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Il représente *“une pierre angulaire de la survie et de la santé de l'enfant, car il assure une nutrition essentielle et irremplaçable pour sa croissance et son développement”* (2007). Le lait maternel apporte aux enfants la première forme d'immunisation, qui lui garantit une protection à court, moyen et long terme contre les principales infections. Il contribue au développement sensoriel et cognitif de l'enfant et apporte un effet protecteur pour ce qui concerne le développement de l'obésité et certaines maladies non transmissibles à un âge plus avancé.

Mais ses bénéfices ne se résument pas uniquement aux effets sur l'enfant... L'allaitement a également une influence positive sur la santé et le bien-être de la femme. Pratiqué de façon exclusive, il favorise la perte de poids après l'accouchement, il permet l'espacement des naissances, il contribue à la prévention des cancers des seins et des ovaires et épargne les finances des familles.

L'OMS et l'UNICEF définissent l'allaitement comme un choix sécuritaire et écologique. Ils le recommandent jusqu'à l'âge de 2 ans, dont les premiers 6 mois de façon exclusive.

Selon une étude menée par Dratva, Gross, Spät et Stemp Stutz (2014), la prévalence initiale de l'allaitement en Suisse est de 95%. D'après les mêmes auteurs, plus de 50% des mères allaitantes continuent à allaiter leur enfant de façon exclusive jusqu'à au moins 12 semaines de vie. Cette date correspond généralement à la fin du congé maternité des mères, mais il serait intéressant de pencher davantage sur les raisons qui conditionnent l'arrêt de l'allaitement exclusif.

2.3 Alcool et périnatalité

Comme énoncé dans l'introduction, d'après Meyer, Lemola, Daeppen, Deriaz et Stefan (2011), 4 femmes suisses sur 10 déclarent avoir bu de l'alcool pendant la grossesse. Selon l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), *en effet, seulement "environ 60% des femmes enceintes sont abstinentes pendant la grossesse", même si "la consommation d'alcool pendant la grossesse et l'allaitement constitue un risque considérable pour l'enfant à naître et le nouveau-né."* (2011) L'alcool ingéré par la femme enceinte, en effet, passe directement du sang maternel au sang fœtal, via le cordon ombilical. L'immaturation du système de détoxification du fœtus retarde l'élimination de l'alcool, ce qui détermine une exposition prénatale prolongée à l'alcool.

Comme indiqué par l'OFSP et l'Institut Suisse de Prévention à l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) *"selon le stade de développement de l'embryon/du fœtus"* et tout le long de la grossesse *"une exposition excessive à l'alcool, qu'elle soit chronique et/ou occasionnelle, peut entraîner des lésions organiques et neurologiques"*. (2005)

L'identification de la consommation maternelle d'alcool en tant que problématique de santé publique a émergé dans les années 1970, avec la définition du Syndrome d'Alcoolisation Foetale (SAF). (Jones & Smith, 1973) Comme décrit par la Fédération Suisse des Sages-Femmes (FSSF, 2017) le SAF s'explique par le passage d'alcool du sang maternel au travers de la barrière placentaire et hémato-encéphalique. Selon Sokol et Clarren (1989) le SAF est diagnostiqué lorsque l'enfant présente :

- des dysmorphies cranio-faciales (minceur de la lèvre supérieure, microcéphalie, aplatissement du faciès, pont nasal profond, absence de couloir entre la lèvre supérieure et le nez,...)
- un retard de croissance (intra ou extra-utérin) au-dessous du 10ème de percentile (pour ce qui concerne le poids, la taille et le périmètre crânien)
- un important dysfonctionnement du Système Nerveux Central (SNC)

Selon Addiction Suisse (2015), les enfants nés avec un SAF représentent entre 0,5 et 2 pour 1000 des naissances de notre pays.

De manière plus générale, toujours d'après Addiction Suisse un nouveau-né sur cent souffre de Troubles du Spectre de l'Alcoolisation Foetale (TSAF, "Fetal Alcohol Spectrum Disorder - FASD en anglais), dont le SAF, manifestation la plus grave, fait partie. Le TSAF prend en compte également les troubles psychosociaux, les troubles du comportement et le retard du développement cognitif et/ou intellectuel des enfants exposés à l'alcool pendant leur vie in utéro.

Selon la méta analyse réalisée par Flak, Su, Bertrand, Denny et Kesmodel (2014), il n'existe pas de doute entre l'apparition du TSAF et la forte consommation d'alcool, qui se définit par la consommation de plus de 7 verres d'alcool standard (10 à 12 g d'alcool pur) par semaine, ou l'excès

occasionnel (ou “*binge drinking*” en anglais), qui prévoit la consommation de 4 ou plus verres lors de la même occasion.

Cependant, comme déclaré par O’Leary et Bower (2012), il n’existe pas de données scientifiques prouvant les risques d’une consommation faible à modérée, qui correspond à une prise de 1 à 6 verres d’alcool standard par semaine, selon définition de Flak et al. (2014).

Comme annoncé par Hammer, Meyer et Pehlke-Milde “*sur cette base, les acteurs de santé- la Société suisse de gynécologie-obstétrique, la FSSF, Addictions Suisse et l’OFSP- adoptent une politique de précaution et recommandent aux femmes enceinte ou planifient de le devenir de s’abstenir de toute consommation d’alcool*”. (2016, p.3)

Pour ce qui concerne l’allaitement, les conseils donnés aux femmes ne sont pas si précis et universels. Selon une étude menée à Boston par Mennella (2002), le 50% des femmes allaitantes ne bénéficie pas du tout de conseil de la part des professionnels de la santé en matière d’alcool et d’allaitement. Le 25% des femmes avec qui on aborde la thématique reçoivent le conseil d’abstinence, tandis qu’on fait croire à l’autre partie que l’alcool intervient de façon bénéfique sur la production du lait, en termes de qualité, quantité et éjection, ainsi que sur le sommeil des enfants.

Comme décrit par la FSSF, autrefois les femmes allaitantes étaient encouragées à boire de l’alcool afin de récupérer plus rapidement des efforts de l’accouchement, favoriser la lactation et rendre leurs enfants plus forts. (2017) Au début du 20ème siècle, par exemple, aux Etats Unis, les médecins avaient l’habitude de prescrire de la bière alcoolisée pour les femmes allaitantes, en guise de complément alimentaire. (Mennella, 2001). Il existe des études qui confirment que le malt d’orge stimule la production de prolactine (Koletzko & Lehner, 2000), mais cet effet peut également être induit par la consommation de bière sans alcool, qui ne représente aucun danger pour l’enfant. Comme démontré par diverses études, l’alcool, en effet, perturbe la sécrétion et la production d’ocytocine et de prolactine, ce qui influence la production et l’éjection du lait. Une consommation modérée d’alcool diminue le volume du lait d’environ 20% pendant les premières 4 heures qui suivent la consommation (Haastrup et al., 2004 ; FSSF 2017).

Comme démontré par Mennella et Beauchamp (1991), l’odeur du lait maternel change suite à la consommation d’alcool. Le pic de l’intensité de l’odeur se manifeste entre 30 et 60 minutes après la prise d’alcool, ce qui détermine une baisse de la prise de lait pendant les trois heures qui suivent la consommation.

Pour ce qui concerne le sommeil des enfants, à la différence de certaines croyances populaires, l’alcool ne favorise pas le repos des nourrissons et des jeunes enfants. Bien qu’après une tétée à base de lait imbibé d’alcool l’enfant s’endort plus rapidement, ses cycles de sommeil sont plus courts que ceux des enfants n’ayant pas été exposés à l’alcool (Mennella et Garcia-Gomez, 2000), ce qui peut entraîner de la fatigue et de l’irritabilité pendant les phases d’éveil.

D'après Giglia et Binns (2006), beaucoup de femmes, surtout celles qui continuent de boire pendant la grossesse, recommencent à consommer de l'alcool très tôt après la naissance de l'enfant, y compris pendant la période d'allaitement. Bien qu'il n'existe pas de données concernant la Suisse, Haastrup et al. (2004) déclarent que le 50% des femmes en Europe consomment de l'alcool pendant la période d'allaitement.

L'OFSP déclare: *“l'alcool consommé pendant l'allaitement parvient dans l'organisme de l'enfant via le lait maternel. Même une quantité infime d'alcool peut avoir des graves conséquences pour un nourrisson étant donné que son foie, très immature, n'élimine que difficilement cette substance”*. De ce fait, même si l'exposition à l'alcool de l'enfant se fait par voie orale est nettement inférieure à l'exposition par voie sanguine pendant la vie fœtale (de 20 à 100 fois moins selon Schwegler et al, 2012), la consommation d'alcool peut engendrer des perturbations du développement des organes, une altération des facultés cognitives-mentales, ainsi qu'une augmentation des risques de dépendance. (2011)

Selon Lawrence et Lawrence (2005), les femmes qui reçoivent des consignes strictes concernant la consommation d'alcool pendant la période d'allaitement, sont plus facilement démotivées à allaiter.

Comme déclaré par la FSSF (2017), en effet, *“alors que l'abstinence durant la période d'allaitement est la solution la plus sûre, une recommandation dans ce sens comprend le risque que les femmes renoncent entièrement à l'allaitement ou s'interrompent plus tôt”*. La FSSF préconise, dans ce sens, des recommandations pratiques, pour que la consommation d'alcool n'entrave pas la réussite de l'allaitement. Un des conseils élaborés par Giglia (2010) prévoit l'abstinence à l'alcool pendant le premier mois de vie de l'enfant, cela dans le but de permettre à l'allaitement de s'instaurer de façon établie. Une fois passée la phase d'adaptation à l'allaitement, la FSSF préconise de tirer le lait à l'aide d'une pompe avant, ou de reporter l'allaitement à plusieurs heures après la consommation. Selon Ho, Collantes, Kapur, Moretti et Koren (2001), en effet, la dégradation de l'alcool dans le lait de la mère requiert environ 3 heures par verre standard.

2.4 Approche socioculturelle

Au-delà des aspects biomédicaux, le plan de recherche ORACLE, élaboré par l'équipe d'Hammer, Meyer et Pehlke-Milde (2016), s'intéresse en premier lieu à l'interprétation des enjeux sociologiques qui influencent la construction des représentations et des comportements des couples concernant la prise du risque lié à la consommation d'alcool pendant la grossesse et l'allaitement.

L'étude vise à comprendre les valeurs, les normes et représentations, ainsi que les raisonnements et les difficultés influençant les choix des couples dans leur interprétation de la prise de risque.

D'après l'équipe de recherche, il est fondamental de comprendre la perception et la gestion du risque lié à l'alcool tout en tenant en compte de son statut ambivalent. La consommation d'alcool, en effet,

peut être considérée à la fois malsaine et nocive pour la santé et à la fois comme une expérience facilitant la socialisation et la convivialité.

“Avec la grossesse (et l’allaitement), l’alcool change de statut, passant d’un usage a priori socialement acceptable et connoté positivement, à un comportement à risque, associé à une mise en danger de la santé du fœtus”. (Hammer et al., 2016)

Selon O’Malley (2008), afin de normaliser les comportements des individus, la société occidentale adopte, depuis une trentaine d’années, un discours basé sur le langage du risque. Cette attitude, basée sur la surveillance et le contrôle des comportements des individus par un discours moralisateur et normatif, incite la société à adopter un comportement “sans défaut”. Cette tendance est très présente pendant la période périnatale, où la norme de la “bonne mère” (Knaak, 2010), responsable de la santé et de l’avenir de son enfant (Jones et Telenta, 2012) est fortement incitée. Pour des raisons principalement morales, afin d’éviter d’être la cause d’une anomalie chez le bébé (Loxton et al. 2013) et de respecter le devoir de protection de son enfant (Raymonde et al., 2009), une grande partie des femmes en période périnatale, adoptent une attitude d’abstinence ou de réduction de sa consommation d’alcool. Cette décision s’inscrit ainsi plus dans une norme culturelle, relevant d’un savoir populaire, plus que d’une réelle conscience des risques pour la santé (Hammer et al., 2016).

Comme critiqué par Hammer et al. (2016), ainsi que par O’Malley (2008), cette approche tend à déplacer la responsabilité de la gestion des risques (et plus globalement de la santé) uniquement sur les individus, en acquittant le gouvernement et sa gestion politique de la santé. Cette attitude alimente les pressions sociales envers la femme, qui est contrainte à vivre sa grossesse dans la peur des conséquences de ses éventuels comportements “immoraux”. Cela peut être à l’origine de stress, anxiété, impuissance, culpabilité, qui favorisent la perte de confiance parentale. (Beck, 2001)

Comme déclaré par Holland, McCallum et Blood, (2015) et le Research New Zeland (2014), d’une façon générale, les femmes savent que la consommation d’alcool est nocive. Pourtant, malgré les recommandations d’abstinence, certaines femmes choisissent de consommer. Selon l’approche socioculturelle, la perception du risque est très subjective et finement nuancée. (Hammer et al, 2016). Cela explique pourquoi un certain nombre de femmes estiment acceptable de consommer de l’alcool pendant la grossesse ou l’allaitement, d’une façon qu’elles estiment peu risquée. (Holland et al., 2015, Brahic Thomas et Dany, 2015).

Cette vision socioculturelle (très subjective) se différencie de l’approche basée sur la santé publique qui tend à penser que la principale cause d’adoption de comportements nocifs est le manque d’information ou de compréhension des recommandations des professionnels de la santé. (Arnoldi, 2009)

Comme souligné par Hammer et Inglin (2014) les critères qui influencent la perception de l’intensité ou la relativité du risque lié à la consommation d’alcool pendant la grossesse sont multiples. Les

facteurs sociodémographiques (genre, âge, milieu social) ainsi que les modalités de consommation (quantité d'alcool ingérée, fréquence de la consommation, temps écoulé depuis le dernier repas, type d'alcool consommé) sont déterminants. L'expérience personnelle ou d'autrui (par exemple le fait de connaître quelqu'un qui a consommé de l'alcool pendant la période périnatale dont l'enfant n'a eu aucune conséquence), ainsi que la non cohérence de l'environnement normatif (par exemple le fait de recevoir des conseils professionnels contradictoires ou d'être exposé à des avis divergents de la part de son entourage) jouent également un rôle dans la construction de ses représentations du risque.

Testa et Léonard (1995), Hammer et Inglin, ainsi que Raymond, Beer, Glazebrook et Kapil (2009), ajoutent que, parfois, le choix de la consommation est justifié par une logique de socialité, de gestion du stress, d'autonomie, de responsabilité personnelle ou même de revendications liés au genre. Comme décrit par Toutain (2009), l'intensité du risque peut également varier en fonction du stade de la grossesse.

3. PROBLEMATIQUE

En vue de l'état des connaissances actuelles, mises en évidence par l'actualisation de la revue de littérature de l'équipe ORACLE, je me demande :

. Quelles sont les réelles représentations des femmes allaitantes et de leurs partenaires vis-à-vis de la consommation faible à modérée d'alcool pendant l'allaitement ?

- Par cette question, je souhaite comprendre les multiples facteurs déterminant la ligne de conduite adoptée par les femmes allaitantes en matière de consommation d'alcool. Cette question me permettra de comprendre les représentations des femmes concernant le métabolisme de l'alcool dans le corps humain, ainsi que les effets et les conséquences de l'alcool sur la santé globale de l'enfant.

Cela me permettra également d'investiguer les multiples facteurs qui influencent la perception du risque de la consommation, ainsi que les différentes définitions du seuil de tolérance perçu par les femmes.

Ayant suivi une formation en soins infirmiers très axée sur l'approche de santé publique, mon défi plus important sera de dépasser la croyance que les comportements individuels nocifs pour la santé sont un manque d'accès et de compréhension de l'information. Une approche plus nuancée et globale, tenant en compte de la condition sociologique, me paraît indispensable à la contextualisation des choix individuels.

. En matière de consommation ou d'abstinence à l'alcool, à quel genre de difficultés sont confrontées les femmes, durant la période d'allaitement ? Quelles stratégies mettent-elles en place afin de gérer ces difficultés ?

- Ce questionnaire s'intéresse à l'investigation des difficultés en termes de pressions sociales, morales ou psychologiques. Par l'investigation de ce point, j'aimerais comprendre quels sont les facteurs qui peuvent induire les femmes allaitantes à consommer de l'alcool. Je souhaiterais également comprendre les possibles stratégies mises en place pour gérer la question de l'alcool pendant l'allaitement. Cela me permettrait également de comprendre si les risques liés à la consommation d'alcool pendant la période post natale représentent une possible raison de raccourcir de la période d'allaitement ; et si l'envie de consommer est parfois à l'origine du choix de donner à l'enfant du lait artificiel plutôt que du lait maternel

Ces questions me semblent indispensables à l'accompagnement des familles pendant la période de forts changements liés à la périnatalité. Il s'agit pour moi d'un des rôles clés de la SF, en termes de promotion à la santé.

. Quelle influence et quel rôle joue le partenaire pour ce qui concerne la gestion des risques liés à la consommation d'alcool des femmes enceintes ?

- Selon Hammer et al. (2016), le couple représente un espace de construction des normes et des représentations. *“Avec la perspective de la parentalité, les normes conjugales sont susceptibles de se modifier, alors que de nouvelles apparaissent”*. (p.12)

Comme décrit par plusieurs auteurs, l'entourage de la femme peut exercer différentes influences sur la problématique de l'alcool en période périnatale. La partenaire peut ainsi avoir un rôle normatif (Brahic et al, 2015), de surveillance active (Loxton et al., 2013), ou alors de relativisation du risque (Jones & Talenta, 2012 ; Raymond, Beer, Glazebrook et Kapil, 2009).

Afin d'accompagner les familles dans leur globalité, selon une approche systémique centrée sur la personne, j'estime intéressant se pencher sur cette question. Cela me permettra de mieux cerner l'impact de la dynamique du couple sur la gestion des risques liés à l'alcool et d'intégrer le partenaire, tout au long de la périnatalité, en favorisant la prise de conscience de son impact sur la santé de son enfant.

. Comment favoriser la mise en place de stratégies visant la réduction des risques liés à la consommation d'alcool pendant la période d'allaitement ?

- Quelles sont les réelles attentes des familles vis-à-vis de la SF et plus généralement envers les différents professionnels de la santé ?

Quelle attitude adopter en tant que professionnel de premier recours, sans paraître moralisateur, culpabilisant, infantilisant ou anxiogène ?

Cette question s'intéresse encore une fois à l'accompagnement de la SF, sous un point de vue plus pratique et applicable.

Ces questions m'ont servi de point de départ pour la réalisation d'un guide d'entretien. Cet instrument, qui comporte une cinquantaine de questions en tout, aborde des questions relevant des champs disciplinaires suivants :

- **la santé publique** : pour ce qui concerne la problématique générale de la consommation d'alcool pendant la période d'allaitement, ainsi que les actions et les informations visant à la promotion à la santé.
- **la sociologie**: pour ce qui concerne les représentations du risque lié à la consommation d'alcool pendant l'allaitement, l'influence de la société dans la prise de décision parentale, ainsi que la compréhension de l'influence du rôle du partenaire sur la prise de décision concernant la consommation d'alcool en période périnatale.
- **l'art SF** : il est au cœur du sujet de mon TdB pour ce qui concerne le questionnement initial, la collecte de donnée, l'analyse des résultats et la discussion. Cela représente le champ disciplinaire qui me permettra d'appliquer les principes acquis par ce TdB à ma future pratique professionnelle. Tout le long de la réalisation de ce travail ce champ disciplinaire me permettra de m'orienter dans les différents savoirs, tout en restant lucide sur le réel objectif de mes recherches : la qualité de la prise en charge SF des familles.
- **les sciences biomédicales** : pour ce qui concerne la compréhension du circuit de l'alcool dans le corps de la mère, la physiologie de l'allaitement, ainsi que les effets de la consommation d'alcool sur le développement et la santé globale de l'enfant.

4. DIMENSION ETHIQUE

Comme le soulignent Marshall et Raynor (2014), l'éthique fait partie intégrante de la pratique sage-femme et doit être considérée comme un outil indispensable à la relation avec les familles. Les valeurs éthiques à la base de la pratique sage-femme sont le respect de la personne et de son autonomie, la bienfaisance, la non malfaisance, ainsi que la justice. [Traduction libre] (p. 37)

Le respect de la personne est également mis en avant dans le code déontologique de l'International Confederation of Midwives (ICM) et constitue un point essentiel à l'accompagnement des familles. (ICM, 2008)

En tant que professionnelle de la santé, je suis consciente de l'importance de ces valeurs pour la pratique de tous les jours. C'est pour cette raison que tout au long de la réalisation de ce TdB, je me suis interrogée sur les démarches à réaliser pour le respect de la dimension éthique dans cette recherche.

Selon Fortin, la recherche sur les phénomènes biopsychosociaux peut porter atteinte et préjudice aux droits des participants aux études. Lors des recherches qualitatives en particulier, le chercheur doit faire preuve de tact et de compétences relationnelles spécifiques, afin d'aborder les sujets étudiés en respectant l'éthique de la recherche. (2006) La problématique de la consommation d'alcool pendant la période d'allaitement est un sujet délicat. Cette étude s'invite dans le quotidien des familles, en s'intéressant à un sujet éthiquement questionnant.

Au cours des dernier mois j'ai eu l'occasion de rencontrer les responsables du volet romand de la recherche ORACLE à plusieurs reprises. Afin de suivre la même démarche éthique soutenue par les chercheurs, l'équipe m'a fourni des explications, des briefings, ainsi que les documents d'information et de consentement destinés aux femmes.

Le protocole de recherche d'ORACLE a été soumis aux commissions d'éthique de Vaud et Zurich, tout comme celui de RISALCO, déjà validé par la commission.

En accord avec les valeurs éthiques de la profession SF, ainsi que les principes de l'éthique de la recherche admis par l'Académie Suisse des Sciences Médicales (2009), j'ai prêté une attention particulière au respect de la personne, de la bienfaisance et de la justice.

Pour ce qui concerne le respect de la personne, je me suis interrogée sur l'autonomie de l'individu. Afin de favoriser la participation volontaire des femmes rencontrées, j'ai estimé indispensable de leur fournir des informations claires (écrites et orales) concernant les objectifs et étapes de la recherche qualitative à laquelle elles allaient participer (cf. annexe I). Ainsi, après mes explications et mes réponses à leurs éventuelles questions, je leur ai demandé de signer une feuille de consentement explicitant leur accord de participation, issu d'un choix libre et éclairé (cf annexe II). La possibilité de mettre fin à leur participation leur était également signalée. Afin de ne pas porter préjudice aux femmes rencontrées, je me suis beaucoup interrogée sur la manière d'aborder la thématique de l'acceptabilité des risques liés à la consommation d'alcool sans paraître jugeante lors des entretiens. Ce point me paraît indispensable à l'intégrité scientifique. Lors de nos rencontres les femmes m'ont semblées à l'aise d'aborder ce sujet. Je n'ai pas perçu de tensions de leur part.

Concernant le principe de bienfaisance, j'estime important de pouvoir garantir l'anonymat et la confidentialité des entretiens. C'est pour cette raison que j'ai attribué des noms fictifs aux personnes rencontrées et enlevé la référence à des lieux reconnaissables.

A propos du principe de justice, j'ai essayé de faire preuve d'honnêteté en restant le plus proche possible des dires de femmes dans l'analyse et l'interprétation des données. J'ai ainsi évité de réduire ou généraliser de façon abusive leurs affirmations. Dans le respect de la propriété intellectuelle des auteurs de la recherche ORACLE, des diverses références citées, ainsi que des participantes, j'ai décidé de respecter les normes en vigueur dans le document élaboré par la HESAV.

5. METHODE

Ma participation à l'étude ORACLE prévoyait la réalisation de différentes étapes. La première phase de mon travail, inscrite dans mon projet de TdB, comprenait la mise à jour de la revue de littérature produite par l'équipe de recherche. Ce processus n'a pas été une source de nouveaux résultats depuis la publication des ceux de l'équipe ORACLE. Il n'existe pas, en effet, énormément d'articles scientifiques au sujet de l'allaitement et l'alcool. La majorité des recherches en matière d'alcool et de périnatalité visent la grossesse. Cette démarche a tout de même permis mon imprégnation du contexte de la recherche, déjà bien connu par les chercheurs d'ORACLE. La création d'un guide d'entretien (cf annexe III), à partir d'un modèle créé par l'équipe d'ORACLE, puis adapté à mon travail, a été nécessaire avant la rencontre de la première participante à l'étude. Cet instrument a été créé sous la supervision de Gouilhers Hertig, collaboratrice scientifique du FNS, qui s'est également chargée de me briefer à la technique de l'entretien semi-dirigé. La réalisation d'un de ces entretiens, avec une femme correspondant aux critères d'inclusion à la recherche, faisait également partie de la première étape de mon travail. Grâce au contact de Mme Meyer, j'ai rencontré Maya.

- Maya, 35 ans, suisse allemande, travaille comme employée de commerce en suisse à 60%. Elle est mariée depuis quatre ans et maman de deux enfants, de trois ans et quatre mois. Elle pratiquait l'allaitement mixte au moment de l'entretien.

L'entretien avec la maman, qui a eu lieu à son domicile, a été enregistré à l'aide de mon téléphone et retranscrit mot par mot, puis inclus dans mon projet de TdB. Cette première partie a été présentée et validée en janvier 2018, dans le cadre d'un module de formation.

Mon TdB prévoyait la rencontre de deux autres femmes allaitantes, à environ 3 mois post partum, ayant consommé de l'alcool avant ou pendant leur grossesse. La culture, la parité, le statut civil, l'âge

et le champ professionnel des femmes ne représentaient pas de limite au recrutement. Les seuls critères d'exclusion, en effet, étaient la totale abstinence avant le début de la grossesse et la consommation pathologique d'alcool.

C'est ainsi que, par le biais d'une annonce sur un réseau social et la sollicitation de contacts proches à mon entourage, j'ai recruté Marina et Lena.

- Marina, 35 ans, est tessinoise. Elle travaille à 100% dans un hôpital du canton, en tant qu'infirmière. Elle est en couple depuis deux ans et demi et pratiquait l'allaitement exclusif au moment de notre rencontre.
- Lena, 28 ans, suisse d'origine italienne et brésilienne, travaille à 60% comme assistante en pharmacie hospitalière. Elle est mariée depuis deux ans et est maman de deux enfants de un an et demi d'écart. Au moment de notre entretien elle pratiquait l'allaitement mixte.

Ce petit échantillon de population me paraissait très intéressant, car contrasté dans ses caractéristiques.

Les rencontres avec les trois femmes se sont réalisées en tête à tête, dans un endroit choisi par les participantes. J'ai ainsi réalisé deux entretiens à domicile (de Maya et Marina) et un dans un espace publique (avec Lena).

La durée de nos rencontres était comprise entre 35 et 60 minutes.

Préalablement à notre entretien, comme déjà mentionné, les trois femmes avaient lu le formulaire d'information et signé le document de consentement de participation à l'étude ORACLE (cf. chapitre dédié à l'éthique). Cette feuille mentionnait également le droit de se retirer de la recherche à n'importe quel moment. Les participantes ont été rassurées à propos de l'anonymat et de la confidentialité des informations recueillies. Chacune d'elle a consenti à ce que j'enregistre l'entretien par le biais de mon téléphone portable.

Suite à la collecte des informations, j'ai procédé à la retranscription mot par mot des dires des femmes. Cela a été facilité par l'utilisation d'un logiciel de ralentissement du débit de parole.

Une fois cette phase terminée, j'ai procédé à la condensation des données, selon les conseils de l'équipe ORACLE ainsi que les œuvres littéraires sur lesquelles je me suis inspirée : Fortin (2006), Lejeune (2014) et Paillé et Mucchielli (2008). J'ai tout d'abord catégorisé les dires des trois femmes selon la thématique abordée, cela dans différentes cases d'un tableau. J'ai ensuite souligné les constatations significatives selon ma problématique et attribué des mots clés, résumant la citation,

dans une colonne à côté. A partir de cette première classification j'ai écrit chaque mot clé sur un post-it que j'ai collé sur une grande table. De là j'ai rassemblé les post-it (thèmes) en différentes thématiques, que j'ai ensuite analysé plus en profondeur.

L'analyse thématique des données a été utile à la comparaison des dires des femmes, mais également à l'identification de thématiques récurrentes, pour la comparaison de mes résultats avec les éléments de ma problématique. Dans la phase de discussion, j'ai repris les résultats plus importants de mon analyse, afin de les comparer avec les connaissances théoriques et empiriques qui ont permis de poser l'objectif de la recherche. Cette étape a donné naissance à de nouvelles éventuelles pistes de recherche, ainsi que des perspectives professionnelles pour la pratique SF.

6. ANALYSE

6.1 Description des résultats

6.1.1 Information reçue

Les grossesses de Maya, Marina et Lena ont été suivies par des gynécologues. Seulement Marina a également eu un accompagnement régulier de la part d'une sage-femme. Les trois femmes ont par contre toutes eu accès aux cours de préparation à la naissance. Lors de leurs consultations de suivi de grossesse, seul le gynécologue de Maya a abordé oralement la question de la consommation d'alcool pendant la grossesse : « *La gynéco m'a dit au tout début, au premier contrôle de Matthys, que ce n'était pas recommandé de boire. Mais ça pour moi ça allait de soi.* » (Maya, ligne 325)

Pour Marina et Lena, infirmière et assistante en pharmacie, le sujet n'a pas été discuté oralement avec les professionnels de la santé. Selon les deux femmes cela a un lien avec leur profession : « *La gynéco n'a pas abordé le sujet. Probablement elle se disait que, peut-être, comme je faisais partie du monde médical, je savais déjà...* » (Marina, ligne 354)

« *Vu que c'est un peu mon métier je m'y connaissais déjà, je n'avais pas forcément besoin d'informations.* » (Lena, ligne 732)

Malgré l'absence d'informations orales, les trois femmes ont, par contre, toutes reçu des informations écrites de la part de leur gynécologue. Les recommandations concernant l'alcool se trouvaient parmi d'autres recommandations en lien avec la grossesse :

Ma gynécologue nous a donné une espèce de mini brochure, qu'elle avait elle-même fait, sur des pages A4, où elle expliquait les différents rendez-vous (...), à la fin, il y

avait les recommandations. Et c'était là que c'était écrit, par rapport à la toxoplasmose de ne pas consommer de viande crue, par rapport au laitage de ne pas consommer des produits non pasteurisés etc. Puis il y avait justement "ne pas consommer plus d'un verre par... (Réf)" semaine ? Je crois. Là il y avait les recommandations pour l'alcool et pour la cigarette.

(Lena, ligne 682)

Maya a eu accès aux recommandations de la Confédération, imprimées par sa gynécologue depuis le site www.admin.ch. (Maya 340) Marina, qui a reçu des brochures concernant différentes recommandations de la part de son médecin, mentionne avoir également lu des informations trouvées personnellement. Mais ce n'est que sur les recommandations nationales qu'elle a décidé de se baser. (Marina, ligne 370)

Cependant, lorsqu'on investigate la compréhension de ces recommandations écrites, les trois femmes se montrent peu sûres d'elles. Elles exposent des interprétations de l'information différentes, y compris pour la même source de recommandations. En ce qui concerne les recommandations de la Confédération, par exemple, Maya affirme : « *Oh, ça fait longtemps que je les ai lues, mais je pense que c'était de ne pas du tout boire.* » (Maya, ligne 411)

Selon Marina, il s'agissait d'adopter une abstinence pendant la grossesse et de tolérer une éventuelle consommation occasionnelle pendant l'allaitement. Bien que la définition d'« occasionnel » lui paraisse très floue et subjective, elle interprète ce mot comme « *un verre par mois* ». (Marina, lignes 374) Lena pense qu'il s'agit d'un verre par semaine durant l'allaitement, mais elle n'en est pas sûre. (Lena, ligne 687) En utilisant la même source d'information donc, les trois femmes interprètent trois recommandations différentes. Cela démontre d'un manque d'attention envers ces recommandations, qui ne déterminent pas leur ligne de conduite en matière de consommation d'alcool pendant la périnatalité. Les jeunes femmes, en effet, avant de tomber enceintes, savent déjà qu'elles ne boiront pas d'alcool ni pendant leur grossesse ni pendant l'allaitement.

Au cours de l'entretien, en plus, les informations reçues par Lena semblent confuses et contradictoires. La jeune femme ne fait parfois pas la différence entre les recommandations des professionnels et les croyances profanes : « *Tout le long de la grossesse j'ai entendu de ne pas boire de l'alcool. Maintenant on nous a toujours dit qu'un verre de vin ça va, comme on nous a dit que 4 cigarettes ça allait...* » (Lena, ligne 653)

Ils nous disent directement que c'est interdit. Maintenant vu que c'est un peu mon métier je m'y connaissais déjà, je n'avais pas forcément besoin d'informations. Après

je trouve que le message est relativement clair. C'est « pas d'alcool, pas de cigarette ».

(Lena, ligne 733)

Elle affirme également que, selon les dires de sa gynécologue, il n'est pas dramatique de continuer à boire de façon faible et sporadique pendant la période périnatale (ligne 649) et que, toujours selon son médecin, une consommation précoce lors des premières semaines de grossesse n'est pas un problème, car il faut du temps avant que le bébé soit en liaison avec la mère via le cordon ombilical. (ligne 583)

en ce qui concerne la consommation d'alcool pendant la période d'allaitement les trois femmes déclarent ne pas avoir reçu beaucoup d'informations de la part des professionnels de la santé. Les recommandations élaborées et données par les gynécologues, en effet, ne concernaient que la grossesse, mis à part les recommandations de la confédération sus nommées.

Et pourtant, Marina, Maya et Lena estiment ne pas avoir eu besoins de renseignements. Leur ligne de conduite d'abstinence pendant l'allaitement, en effet, était déjà dessinée. (Maya 345, Marina 437, Lena 694) A ce sujet Marina déclare :

« Je n'ai même pas pensé à aborder la question, vu que pour moi c'était clair. Si j'avais eu des doutes par rapport à ça peut être que j'aurais abordé le sujet mais...(...) Je n'avais pas besoin, je n'avais envie de boire, car comme j'allaitais pour moi c'était clair que je n'allais pas boire. (Marina, ligne 437)

Maya a eu des informations générales de la part du pédiatre de ses enfants. En parlant du café, le médecin lui a appris que le 0.01% de ce que l'on consomme passe dans le lait maternel. Bien qu'il s'agisse d'une petite quantité pour elle, elle préfère ne pas prendre ce risque. (Ligne 386) Elle sait que le café reste environ 8 heures dans le corps et pense que l'alcool reste plus. Si pour le café elle adopte la stratégie d'espacer au maximum l'allaitement de la consommation de la boisson, pour l'alcool elle préfère l'abstinence.

D'après les informations recueillies dans ce sous chapitre, je m'aperçois que le choix de la ligne de conduite des femmes en matière de consommation d'alcool pendant l'allaitement, est davantage basé sur des représentations et des connaissances hypothétiquement profanes, plutôt que sur un réel dialogue avec les professionnels de la santé.

Les réponses obtenues dans mes entretiens ne répondent pas totalement à la quatrième question de ma problématique, qui s'interroge sur les besoins en actions de promotion à la santé de la part des professionnels de la santé, ainsi que sur la façon d'accompagner les familles dans le processus de réduction de risques lié à la consommation d'alcool en période d'allaitement. Ce point sera donc repris dans la discussion

6.1.2 Changements d'habitudes

Ce sous chapitre répond à la 2^{ème} question de ma problématique, qui s'interroge sur les changements et les stratégies mises en place par les femmes afin de gérer les risques liés à la consommation d'alcool en période d'allaitement.

A partir du moment où leur grossesse a été confirmée par un test, Maya, Lena et Marina ont décidé de ne plus boire d'alcool, et cela jusqu'à la fin de la période d'allaitement de leurs enfants. Comme exprimé par Marina, en effet, l'attitude adoptée pendant l'allaitement « *rejoint un peu ce que tu fais pendant la grossesse* ». (ligne 325) Il s'agit pour elles de poursuivre la même ligne de conduite à tenir.

Dans la mise en place de ce changement d'habitude de consommation d'alcool, les trois femmes n'ont pas rencontré les mêmes difficultés. Pour Lena et Maya, qui n'apprécient pas spécialement le goût de l'alcool et qui n'avaient pas l'habitude de boire régulièrement, l'abstinence a été simple. Leur effort s'est avéré relatif, en comparaison à la modification d'autres habitudes de vie (le sport et l'alimentation pour Maya, le tabac pour Lena). Pour Maya en particulier, la notion temporaire a facilité l'acceptation du changement : « *Ça ne fait que quelques mois où je renonce, alors qu'on a toute une vie pour boire, si vraiment on veut boire* ». (Maya, ligne 320)

Cela a été plus compliqué pour Marina, qui avait l'habitude de partager un verre de vin pendant les repas du soir avec son compagnon :

C'était difficile au début. Mais après j'étais aussi motivée par la grossesse. C'était un peu difficile, mais ce n'était pas non plus impossible. C'est difficile de renoncer à cette habitude, surtout pendant un bon repas. Pour apprécier un bon repas. (Marina, ligne 208)

La jeune maman décrit ce changement comme « *un petit deuil* » à faire. (Marina, ligne 78).

De manière générale, malgré l'adoption d'une ligne de conduite d'abstinence irrévocable, les trois femmes ont fait au moins une exception au cours de la grossesse ou l'allaitement. Ces exceptions ont eu lieu lors d'occasions particulières, notamment lors de son propre mariage (pour Maya et Lena), un repas au restaurant, un anniversaire ou Nouvel an (pour Marina). « *Là je me suis quand même dit - le jour de mon mariage, un demi verre de rouge...-* » (Maya, ligne 108)

Lors de ces exceptions les femmes ont alors choisi de « *tremper les lèvres* », « *boire des petites gorgées* », « *quelques gouttes* » ou « *goûter* » l'alcool, comme elles disent. Cependant selon Marina, cela ne suscite pas toujours une sensation de plaisir. Lors des rares fois où la jeune femme a fait des exceptions, en effet, elle n'a pas éprouvé les mêmes sensations qu'avant la grossesse : « *Je ne savourais même pas (...) Je ne profitais même pas, alors ça ne valait pas la peine* ». (Marina, ligne 223)

Est-ce par peur de dépasser l'intention de ne boire qu'une petite quantité d'alcool ? Par culpabilité ?

Afin de faciliter le maintien de leur ligne de conduite, les trois femmes ont déployé différentes stratégies pendant leur grossesse et allaitement. Elles ont su trouver des alternatives aux boissons alcoolisées et garder la motivation en se remémorant les raisons de leur choix. (Marina, ligne 215)

Dans le but de ne pas subir des pressions inutiles de la part de leur entourage, les trois femmes ont également choisi de verbaliser leur abstinence en lien avec la période périnatale. La réponse de leur cercle de connaissances a été différente pour les trois femmes. Lena, enceinte, a reçu plusieurs sollicitations à goûter de l'alcool pour son mariage. (ligne 632). Cela ne semble pas l'avoir dérangée. La jeune femme, en effet, explique que même avant de tomber enceinte elle refusait régulièrement l'alcool pour des raisons de préférences personnelles. Marina, également incitée à boire enceinte, au contraire de Lena, s'est sentie dérangée par ces sollicitations :

J'étais à un mariage et il y a quelqu'un qui m'a dit « oh, mais de toute façon si tu bois cela, tu ne risques rien... ». Et là je dois dire que cela m'a dérangé. [...] Je pense que je lui ai mal répondu. Je ne sais plus. [...] C'est quelqu'un qui ose poser un jugement sur ma façon de gérer ma grossesse. (Marina, ligne 291)

L'entourage de Maya s'est par contre montré respectueux et compréhensif envers sa décision. La jeune femme ne s'est jamais sentie incitée à consommer de l'alcool. (Maya, ligne 272).

Bien que Maya affirme que l'abstinence n'ait pas été difficile, elle projette quand même de fêter la fin de l'allaitement en buvant un cocktail (Ligne 252), tout comme Marina, qui se réjouit de retrouver ses habitudes. (Ligne 271)

6.1.3 Représentations et perception des risques

6.1.3.1 Breast is the best... Jusqu'à quel point ?

Maya, Marina et Lena font partie des 95% des mères suisses qui décident d'allaiter.

Comme déclaré par les trois femmes, en effet, l'allaitement est le meilleur mode d'alimentation pour l'enfant (Marina, ligne 164), notamment pour son système immunitaire. (Léna, ligne 412)

L'allaitement est une pratique « normale », quasi irrévocable. (Marina, ligne 168) Ce choix n'est donc pas toujours issu d'une décision complètement libre et réfléchie : « *Ce n'est pas trop un choix, j'ai envie de dire. Je me suis dit « si je peux je le fais », mais je ne me suis pas trop posée la question. C'est plutôt nature »*. (Maya, ligne 216)

L'allaitement demande du temps et de l'adaptation maternelle. A ce sujet Maya affirme que l'allaitement constitue une privation provisoire de la liberté maternelle, parfois difficile à accepter. (Maya, ligne 236)

On passe beaucoup d'heures à allaiter, donc, moi j'ai l'impression de faire que ça. Donc forcément ça a changé mes habitudes. Ça change le rythme, on s'adapte au bébé. C'est lui qui dicte le rythme des journées. (Lena, ligne 171).

L'allaitement n'est donc pas une pratique toujours simple :

J'ai eu énormément de difficultés à allaiter. [...] Je voyais la pub à la télé et je me suis dit "c'est facile". Mais en fait c'était hyper dur. Au début je n'arrivais pas. [...] J'ai beaucoup saigné. Au début je me suis dit "elle boit du sang, ce n'est pas possible !". Mais j'ai serré les dents pendant une semaine. Ce qui m'a sauvé c'est de courir acheter des coupelles en argent. Sinon je pense que je n'aurais pas pu. (Lena, ligne 365)

Comme démontré par les trois entretiens l'allaitement est une source de grande fierté pour les femmes. La mise en place de moyens leur permettant de surmonter les difficultés liées aux tétés, leur permet la poursuite de l'allaitement, une pratique commune et fortement valorisée par la société. L'allaitement, en effet, répond à la norme sociale de la "bonne mère". Ce sujet sera traité dans le sous-chapitre suivant.

Pour Maya, Marina et Lena, l'abstinence pendant l'allaitement est un choix sain et naturel, résultant d'une évidence tout aussi logique que l'abstinence pendant la grossesse. C'est pour cette raison que les trois femmes ont décidé de poursuivre la ligne de conduite d'abstinence jusqu'à la fin de la période d'allaitement. Marina souligne que si une femme décide d'allaiter, il faut qu'elle garantisse à son enfant un lait sain, non imprégné d'alcool. Cette affirmation rejoint celle de l'intention bienveillante envers son enfant, déjà mentionné dans le chapitre des changements et des représentations.

A partir du moment qu'on décide vraiment d'allaiter, de donner du lait maternel à l'enfant... Voilà, l'idée de mettre de l'alcool dans ce lait, ça ne va pas. Ça me pose problème. (Marina, ligne 424)

Pour des raisons inconnues, Maya estime que l'abstinence à l'alcool pendant l'allaitement est encore plus fondamentale que l'abstinence pendant la grossesse :

Moi je pense que pendant la grossesse on peut plus se permettre de tremper un peu les lèvres, mais pendant l'allaitement pour moi c'est zéro tolérance. (...) l'allaitement je trouve que c'est encore plus important, moi je boirais moins pendant l'allaitement que pendant la grossesse. (Maya, ligne 377)

D'après Marina, au contraire, l'exposition à l'alcool in utero est plus importante que celle via le lait maternel. Selon elle, une fois l'enfant né, il dispose de plus de ressources pour résister à l'alcool. Mais cela ne justifie pas la prise de risques. Pour des raisons de cohérence, de responsabilité maternelle et de bienveillance envers l'enfant, Marina estime fondamental de poursuivre la même ligne de conduite déjà adoptée pendant grossesse, car il « y a quand même des dangers aussi en consommant pendant l'allaitement ». (Marina, ligne 393)

Vis-à-vis du choix des mamans qui décident de donner du lait artificiel à leurs enfants, Maya, Marina et Lena se montrent indulgentes :

Chacun doit savoir ce qu'il estime être le meilleur pour son enfant. Après le lait en poudre ce n'est pas plus mal. Il y a des bébés qui n'ont jamais eu du lait maternel qui vivent très bien, qui ne sont jamais malades. (Maya, ligne 300)

En cas de choix de consommation d'alcool pendant l'allaitement, les trois femmes se montrent également unanimes : il est préférable de donner à l'enfant du lait artificiel afin de ne pas prendre de risques : « Vaut mieux quelqu'un qui donne le lait en poudre plutôt que quelqu'un qui fasse n'importe quoi pour continuer à allaiter ». (Lena, ligne 722) « Moi je ferais un biberon de lait en poudre, juste une fois, histoire de ne plus avoir l'alcool dedans. Après si les autres femmes donnent quand même le sein c'est elles qui doivent vivre avec leurs décisions ». (Maya, ligne 309) « Je pense que c'est mieux de donner du lait artificiel si on boit de l'alcool ! » (Marina, ligne 336)

A ce sujet Lena se montre attentive par rapport à la pression exercée par certaines organisations de soutien et information à l'allaitement : « Je sais que la Leche League ils sont tellement pro-allaitement que c'est à la limite -faites tout ce que vous voulez, mais continuez à allaiter-, tellement ils sont axés sur l'allaitement. » (Lena, 701)

Quand au sevrage de l'enfant, selon Maya l'envie de recommencer à boire de l'alcool ne représente pas une raison de raccourcir la période de l'allaitement. (ligne 314) Pour Marina et Lena, au contraire, les habitudes et les difficultés d'adaptations de la maman en matière d'abstinence à l'alcool (Marina, ligne 340), ainsi que les représentations personnelles de l'importance de l'allaitement et la motivation de la maman à allaiter (Lena, ligne 713) déterminent le moment de l'arrêt de l'allaitement.

Les résultats de ce sous chapitre ont apporté des réponses à la première et la deuxième question de ma problématique. Malgré des divergences d'opinion en ce qui concerne la considération de l'envie de consommer de l'alcool régulièrement comme une raison de raccourcissement de l'allaitement, les femmes ont exprimé plusieurs informations intéressantes en termes de représentations et difficultés rencontrés.

6.1.3.2 La norme de la "bonne mère"

L'abstinence pendant la grossesse et l'allaitement correspond à une norme logique et évidente selon les trois femmes. Ce choix naît d'une adaptation irrévocable et cohérente à la période périnatale. Marina souligne avoir tout de suite arrêté de boire dès qu'elle a découvert sa grossesse « *pour moi c'était logique de ne plus boire. C'était évident, par rapport à la grossesse* ». (Marina, ligne 202) Maya confirme ne jamais s'être posé la question, « *c'était clair qu'avec la grossesse, et aussi l'allaitement, c'était hors de question* ». (Maya, ligne 143) Ces affirmations semblent répondre à la norme sociale de la « "bonne mère" », citée dans le chapitre de l'approche socio-culturelle. Les raisons explicites de ce changement d'habitudes de vie sont soutenues par différentes raisons verbalisées par les femmes.

La responsabilité parentale représente le thème le plus évoqué par les trois femmes. Alors qu'avant la grossesse Lena se sentait « obligée » de boire en collectif pour s'amuser, en tombant enceinte elle n'a plus eu aucune envie de consommer, ni la cigarette, ni l'alcool. « *Je me suis dit -non, tu ne vas pas intoxiquer ton bébé !- C'était plus fort que moi.* » (Lena, ligne 434)

Les affirmations de Lena rejoignent la théorie selon laquelle l'alcool change de statut pendant la grossesse, en passant d'un moyen ludique de socialisation à une substance nocive pour l'enfant. (Hammer, Meyer et Pehlke-Milde, 2016). Pour Lena l'arrêt de l'alcool embrassait donc un idéal d'hygiène de vie plus saine, dans le respect de la santé de son enfant. De plus, la jeune femme a connu dans son entourage un enfant souffrant d'une grave forme de SAF. L'expérience de son amie, mère de cet enfant, a probablement contribué à ce qu'elle définit comme un changement de perception en lien avec sa responsabilité parentale. En effet, elle associe la consommation d'alcool à une période passée de sa vie et aux sorties entre amis, évoque le changement de priorités et de responsabilité personnelle. (Lena, ligne 555)

Les thèmes de la responsabilité parentale, ainsi que de la bonne intention envers le bébé sont également évoqués par Marina qui, consciente de l'effet nocif de l'alcool sur l'enfant, y compris pendant l'allaitement, affirme que « *si tu aimes ton bébé tu ne bois pas de l'alcool* ». (ligne 323). Selon la jeune femme « *du moment qu'on décide d'avoir un enfant (...) on devrait être intéressée à son bien-être* ». (Marina, ligne 447) Pour Marina, en effet, bien qu'il n'existe pas de « *recette* »

comportementale généralisable à toutes les femmes, l'intérêt envers la santé de leur enfant, détermine leur choix en matière de consommation d'alcool.

Le thème de la culpabilité, conséquence directe du non-respect de la norme de la "bonne mère", est alors évoqué à plusieurs reprises.

Chacun doit décider pour soi-même. Celles qui ont envie de boire elles doivent vivre après avec leur conscience d'avoir bu. Mais chacun son truc, chacun fait sa vie et chacun vit avec les décisions qu'il prend. (Maya, ligne 289)

Même s'il y a une réelle volonté de respect et de non jugement des choix d'autrui, cela devient parfois difficile. L'expression « *Si tu aimes ton bébé tu ne bois pas d'alcool* » (Marina, ligne 323) explicite la forte influence de la norme de la "bonne mère" sur les choix des femmes et implique un jugement envers les mères choisissant de consommer de l'alcool en les déclarants coupables de désamour. Marina remet ainsi en question l'amour des femmes envers leur enfant, lorsqu'elles choisissent de boire de l'alcool.

A ce sujet Maya affirme le lien entre la liberté de choix individuel et la responsabilité maternelle dans la prise de décision concernant l'acceptabilité des risques liés à la consommation d'alcool. (Ligne 261). Bien qu'il soit personnellement exclu pour elle de consommer pendant la grossesse et la période d'allaitement, elle ne juge pas les femmes qui acceptent de prendre ce risque.

Pendant la grossesse un petit verre [...] Un petit par ci par là je pense ça peut passer. Pour moi c'était hors de question, mais après pour les femmes qui veulent boire... Si une copine me dit « là c'est mon anniversaire, je bois un petit verre » pourquoi pas ? C'est son choix. (Maya, ligne 269)

Pour Lena les choix des individus sont en relation avec leur propre maturité et sensibilité. (Ligne 801). A plusieurs reprises lors de notre entretien, Lena évoque l'expérience de son amie de 17 ans, qui a consommé de l'alcool durant toute sa grossesse et qui a donné naissance à un enfant handicapé. A la naissance l'amie de Lena a choisi de ne pas garder son enfant, cela malgré un fort sentiment de culpabilité. Selon Lena la culpabilité ressentie par son amie est une conséquence directe de la liberté en choisissant de continuer à boire de l'alcool. Malgré une partielle justification de son choix de consommation, en lien avec son jeune âge et son envie de divertissement, Lena juge le comportement de son amie comme immature, égoïste et inconscient. (Ligne 801)

Comme affirmé par Marina, le meilleur moyen de prévenir le sentiment de culpabilité lié à la consommation d'alcool est alors l'abstinence. (Marina, ligne 410)

6.1.3.3 La peur des risques

La peur des risques liés à la consommation d'alcool en période périnatale est une émotion très présente chez les femmes rencontrées. Au cours des entretiens, en effet, les jeunes mères utilisent les termes « *risques* », « *dangers* » et « *conséquences* » à plusieurs reprises.

Dans ce sous-chapitre j'ai choisi d'investiguer leur peur, ainsi que le seuil de consommation d'alcool « acceptable », afin de mieux comprendre les représentations des femmes.

Comme exprimé à plusieurs reprises par Maya, Marina et Lena, la consommation d'alcool pendant la période périnatale n'a pas de conséquences certaines et précises. Le seuil de définition de la prise de risque n'est donc pas clairement défini pour elles. (Maya, ligne 358)

Selon Lena l'éventuel seuil d'acceptabilité de la consommation d'alcool se situe à un verre d'alcool par semaine, pour la grossesse et l'allaitement. Pour l'allaitement elle préconise également de consommer après l'allaitement et de laisser un laps de temps de 3-4h avant la prochaine tétée. (Lena, ligne 753) Mais cela ne c'est jamais concrétisé chez Lena, qui a décidé de ne pas prendre de risque pour ses deux enfants...

D'après Maya il est possible de boire un petit verre lors des occasions importantes :

Comme je vous ai dit, j'ai aussi bu un demi verre de rouge à notre mariage, je me suis dite « un demi verre de rouge ça ne va pas lui faire du mal ». Après des femmes qui trompent les lèvres de temps en temps je pense ça peut passer. Mais si on boit régulièrement plus qu'un verre... (Maya, ligne 258)

Selon Marina, la consommation régulière est une consommation dangereuse. A ce propos elle exprime des doutes en matière de valeur limite : « *Je crois qu'une consommation régulière, c'est une consommation dangereuse. Peut-être je n'ai pas encore tous les moyens pour dire jusqu'où c'est dangereux. Est-ce qu'un verre par semaine est dangereux ? (réf) Un verre par semaine ? Un par mois ?* » (Marina, ligne 419)

Pour Marina la consommation d'alcool, dépend ainsi de l'acceptabilité de la prise de risques de la part des femmes : « *Je pense que d'avoir une consommation occasionnelle ce n'est pas trop trop dangereux. Après cela dépend de la personne. Si on accepte le risque de boire...* » (ligne 399)

Lena, qui affirme connaître les risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse, a un avis tranché en matière de prise de risques. Selon elle, les femmes qui choisissent de consommer n'ont pas totalement conscience des risques courus :

Moi je sais que cela entraîne un retard moteur, je sais que ça entraîne un bégaiement, etc. Puis je me dis c'est peut-être juste un manque d'information total. Ouais, je pense que c'est un manque d'information. Ça c'est clair et net. Si tu continues à boire c'est que tu ne dois pas trop savoir les conséquences à mon avis. (Lena, ligne 801)

Selon la jeune femme il existe un lien entre l'information reçue et la prise de risques. Selon Lena ce lien est fortement influencé par la maturité de la personne, ses expériences passées, ainsi que son âge au moment de sa grossesse. Une femme de 33ans devrait faire plus attention qu'une plus jeune femme, cela en raison de la diminution de sa fertilité. (Lena, ligne 840)

Lena s'exprime au sujet du mode de vie, de plus en plus axé sur la santé, qui caractérise notre génération. Selon elle, l'éducation pour la santé, qui oriente les individus vers une hygiène de vie « *plus axée sur le naturel et le bio* » (ligne 837), détermine des comportements plus responsables vis-à-vis de la prise de risques. Cet aspect n'a pas été explicitement mentionné par les deux autres mamans, même si Maya décrit un changement de comportements et d'information de la part des professionnels de la santé, depuis l'époque de la grossesse de sa propre mère, allant dans la même direction que celle évoquée par Lena :

« Ma maman qui m'a dit que chez eux, à l'époque, personne n'a rien dit. A l'époque les femmes pouvaient fumer, boire comme elles voulaient, il n'y a personne qui ne disait rien. Donc elle était toute étonnée quand je lui ai dit pour le salami, le fromage, l'alcool. » (Maya, ligne 326)

Selon cette affirmation, la perception des risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse semble avoir beaucoup évolué depuis la dernière génération.

Pour Marina, qui aime bien le vin, en plus des risques pour l'enfant, il existe également un danger pour la mère, en cas de dépassement du seuil de consommation acceptable. Cela est en lien avec la perte de contrôle de la conscience des risques pour l'enfant : « *je me disais -si je bois un verre ok, mais si après j'ai envie d'un 2^{ème}... - Voilà, je n'avais pas envie de me retrouver dans cette situation là... D'avoir envie de plus* (Marina, ligne 403)

Ce concept a été défini par Lupton comme la capacité individuelle à l'autocontrôle. (2012)

L'opinion des trois femmes se rejoint dans la conviction de la connotation culturelle de représentations liées aux risques de la consommation d'alcool. D'après Marina l'alcool n'est pas forcément considéré comme nocif par la société, car « *inscrit dans notre culture* ». (Marina, ligne 346) Maya partage cette notion, en soulignant que l'habitude de la présence d'une bouteille d'alcool sur la table à manger augmente la difficulté de certaines femmes à renoncer à la consommation d'alcool. Aucune des trois

femmes, cependant, ne mentionne les anciennes représentations selon lesquelles la consommation de bière ou d'autres alcools favorisait l'allaitement et le bien-être de la mère et de l'enfant.

Comme souligné par Lena, les possibles conséquences liées à la consommation d'alcool pendant la période prénatale ne sont pas prévisibles ni certaines. Bien qu'il existe des réels risques pour la santé de l'enfant, cela n'est pas inéluctable ni prédictible. Elle compare ainsi la situation de son amie de 17 ans qui a bu pendant la grossesse et qui a eu un enfant souffrant de SAF avec celle des femmes qui, malgré le même choix de la même ligne de conduite, ont des enfants en parfaite santé. (Lignes 840)

Pour ce qui est de la perception du risque de la consommation d'alcool pendant l'allaitement, les trois femmes expriment une opinion argumentée en faveur de l'abstinence. Lena affirme : « *C'est vraiment personnel. Mais effectivement moi ce qui me ferait flipper c'est de donner directement le lait de la tétée* ». (Lena, ligne 761)

D'après Lena il faudrait attendre au moins 3-4 heures après la consommation d'une boisson alcoolisée avant d'allaiter. « *Mais cela dépend de ton poids, de combien tu as consommé, de qu'est-ce que tu as mangé* ». (Lena, ligne 869)

Cette stratégie est également connue par les deux autres mamans. Selon Marina, par contre, cette mesure comporte toujours une part de risques et d'inconfort :

Il y des femmes qui consomment un verre à la fin de la tétée, comme ça le lait après il a le temps de se recréer et elles ont le temps d'éliminer l'alcool. Mais moi je ne voulais pas me retrouver à faire des calculs de ce genre. (Marina, ligne 430)

Selon Marina, l'allaitement, et la périnatalité en général, inhibent l'insouciance des femmes, qui se retrouvent responsables de faire des efforts pour contrôler leurs comportements. A ce sujet Marina déclare : « *Je me réjouis de boire un verre tranquillement. [...] ça me manque un peu. Je ne buvais pas énormément, mais c'est plus l'idée de prendre un apéro tranquillement, sans penser...* » (Marina, ligne 271)

D'une manière générale, pour Léna, la perception des risques dépend également de l'interprétation subjective de la gravité des conséquences. Dans son entretien, elle raconte sa perception du risque lié à la cigarette, en soulignant le risque qui l'a le plus motivée à arrêter de fumer :

il y avait des risques pulmonaires, de prématuré et puis de fausse couche. Moi je crois que c'est la "fausse couche" qui m'avait le plus traumatisée. De toute manière j'étais prête à ne pas fumer, ça c'était clair et net. Mais rien que le fait que je sache

qu'il y avait un risque de fausse couche ça m'a encore plus motivée à arrêter. (Lena, ligne 808)

En ce qui concerne les risques de la consommation d'alcool pendant l'allaitement Lena évoque l'exemple des enfants de mère toxicomane. Elle affirme qu'en cas de consommation d'alcool, elle choisirait le lait en poudre afin d'éviter le syndrome de sevrage à son enfant. (Lena, ligne 708) Aucune des trois femmes ne mentionne l'effet de l'alcool sur la production et l'éjection du lait. Le changement du goût du lait, la baisse de l'envie de téter de l'enfant, ainsi que la perturbation du sommeil et du rythme de l'enfant ne sont pas, non plus, évoqués. Les risques d'ictère, de perturbation du développement des organes et du système nerveux, ainsi que l'augmentation des risques de dépendance semblent inconnus aux femmes. Et pourtant les trois femmes rencontrées estiment connaître les risques liés à la consommation d'alcool pendant l'allaitement. (Marina, ligne 395 ; Maya ligne 345 ; Lena, ligne 733).

Au sujet de l'approche éducative en matière de prévention à la santé, Lena affirme qu'il faudrait tout d'abord permettre à la population de reconnaître plus facilement les risques. Elle estimerait utile d'appliquer des symboles d'interdiction sur les produits potentiellement dangereux pour la femme et l'enfant en période périnatale (pour la grossesse et l'allaitement), comme en vigueur dans d'autres pays, notamment pour les bouteilles d'alcool et certains médicaments. Le message serait ainsi clair et accessible à tout le monde. (Lena, ligne 885) Le thème de la clarté de l'information est également évoqué par la jeune femme pour ce qui concerne l'attitude et le discours des gynécologues. Selon Lena il faudrait que les médecins soient plus directs et incisifs envers les jeunes parents, en déclarant de façon explicite les possibles conséquences de la consommation d'alcool, pour une meilleure prise de conscience parentale. (Ligne 804)

Lena estime important que les parents soient conscients des réels risques courus en consommant de l'alcool, car, comme déjà mentionné dans un chapitre précédent, elle associe la consommation d'alcool des femmes en période périnatale à un manque de connaissances. Cette croyance rejoint la vision de l'approche basée sur la santé publique, expliquée dans le chapitre de l'approche socioculturelle. Selon Lena, une éventuelle technique d'éducation à la santé basée sur la peur serait efficace. Elle s'exclame « *moi, si j'étais gynéco, je pense que je ferais peut-être un peu plus flipper les jeunes* » (ligne 814). Un discours basé sur le lien cause-effet, serait également utile pour la jeune mère, qui voudrait entendre plus d'indications directives de la part des soignants, du genre "*vous savez, si vous continuez votre consommation il y a des risques que si et cela*". (Lena, ligne 807)

Selon Lena, en effet, les professionnels de la santé donnent trop de recommandations, sans forcément nommer les conséquences en cas de non-respect de ces recommandations. (Lena, ligne 820)

L'approche éducative défendue par Lena est contraire aux principes de la FSSF. Malgré l'affirmation

de l'abstinence comme le choix le plus sûr pendant la période d'allaitement, en effet, la FSSF dispense des conseils pratiques en termes de prévention des risques, afin de maintenir l'allaitement malgré la consommation occasionnelle d'alcool. Comme déjà vu, en effet, les femmes qui reçoivent des recommandations strictes concernant la consommation d'alcool en période post partum, sont facilement démotivées à allaiter. L'approche souhaitée par Lena est donc contre-productive aux bénéfices de l'allaitement.

6.1.3.4 Le seuil d'acceptabilité

Malgré les arguments, les motivations et le choix personnel d'abstinence des femmes rencontrées, j'ai choisi d'investiguer la limite de l'hypothétique seuil d'acceptabilité d'une consommation d'alcool pendant la période périnatale lors des entretiens. En sachant que cela ne représentait qu'une valeur fictive pour elles, non praticable selon leurs valeurs et leur crainte de prise de risques pour leurs enfants, les jeunes mamans ont répondu à ma question de la manière suivante :

Selon Lena l'éventuel seuil d'acceptabilité de la consommation d'alcool se situe à un verre d'alcool par semaine, pour la grossesse et l'allaitement. Pour l'allaitement elle préconise également de consommer après l'allaitement et de laisser un laps de temps de 3-4h avant la prochaine tétée. (Lena, ligne 752) Mais cela ne s'est jamais concrétisé pour Lena, qui a décidé de ne pas prendre de risque pour ses deux enfants...

D'après Maya il n'y a pas de seuil fixe, mais il est possible de boire un petit verre lors des occasions importantes. (Maya, ligne 364)

Comme je vous ai dit, j'ai aussi bu un demi verre de rouge à notre mariage, je me suis dite « un demi verre de rouge ça ne va pas lui faire du mal ». Après des femmes qui trempent les lèvres de temps en temps je pense ça peut passer. Mais si on boit régulièrement plus qu'un verre... (Maya, ligne 358)

Selon Marina, la consommation régulière est une consommation dangereuse. A ce propos elle exprime quand même des doutes en matière de seuil : « Peut-être je n'ai pas encore tous les moyens pour dire jusqu'où c'est dangereux. Est-ce qu'un verre par semaine c'est dangereux ? (réf) Un verre par semaine ? Un par mois ? » (Marina, ligne 419)

Les résultats décrits dans les 4 derniers sous chapitres me permettent de mieux comprendre les représentations des femmes vis-à-vis de la consommation d'alcool pendant la période périnatale. Cela répond à la 1^{ère} question de ma problématique, qui sera reprise dans la discussion.

6.1.4 Le soutien du partenaire

Les résultants obtenus par les trois entretiens, ne me permettent pas de répondre de manière exhaustive à la 3^{ème} question de ma problématique, qui concerne l'influence et le rôle joué par le partenaire dans la gestion des risques liés à la consommation d'alcool en période périnatale. Cette thématique, en effet, n'a pas été développée en profondeur lors de mes rencontres.

Selon Marina et Lena, le partenaire joue un rôle fondamental dans le soutien du choix d'abstinence à l'alcool de la femme en période périnatale. (Marina, ligne 258; Lena, ligne 600)

Pour Marina le soutien du partenaire se traduit par une solidarité comportementale dans la ligne de conduite adoptée : « *Je pense qu'il peut être un soutien si, pendant le temps de la grossesse, il fait l'effort de ne pas boire pendant les moments critiques, quand il sait que j'aurais envie de boire un verre* ». (Lignes 260)

Ce scénario ne s'est pas concrétisé pour elle, son partenaire n'a pas modifié ses habitudes inhérentes à l'alcool. Pour Marina cela a été difficile de voir son partenaire boire du bon vin à table, sans pouvoir partager ce plaisir avec lui, comme avant la grossesse (lignes 232). Cependant, la jeune femme affirme de ne pas avoir eu besoin que son partenaire soit abstinent comme elle. (266) Cette affirmation est un peu contradictoire à l'affirmation sus citée, lorsque Marina affirme que l'alcool lui « *manque un peu* », et qu'elle se « *réjouit de boire un verre tranquillement* » et de « *prendre un apéro tranquillement sans penser* ». Cela fait évoquer un conflit de loyauté envers son conjoint, à qui elle ne semble pas exprimer complètement ses difficultés en lien avec l'abstinence...

Pour Maya, la force de volonté est la qualité principale au respect de sa propre ligne de conduite. Malgré cela le fait d'être confrontée à un partenaire qui consomme de l'alcool de façon récurrente et aigue, n'est pas aidant pour la femme. (Maya, ligne 151) Comme déclaré aux lignes 138-4, le mari de Maya n'a pas non plus modifié ses habitudes en lien avec l'alcool avec la grossesse de son épouse. Cela n'a pourtant pas dérangé Maya, qui prône à plusieurs reprises la liberté de conduite de son partenaire. (Lignes 155) Ce qui est fondamental pour elle, par contre, est la maîtrise de la consommation d'alcool par son partenaire, sur qui elle doit pouvoir continuer à compter, malgré son éventuelle consommation d'alcool. « *Il buvait quelques verres, mais il ne se soûlait jamais au point de ne plus pouvoir rentrer ou d'être mal toute la journée le lendemain. Donc ça, ça aide* ». (Maya, ligne 155)

Le thème de la liberté du partenaire est également évoqué par Lena, qui affirme avoir dit à son mari : «- *Si tu as envie de sortir tu peux sortir -*. *Et puis même maintenant -ce n'est pas parce que tu es père que tu n'as pas 25 ans -*». (Lena, 553)

Son partenaire, tout comme celui de Maya et de Marina n'a pas non plus changé d'habitudes pendant la période périnatale. Il a continué à boire de façon sporadique, surtout lors de la visite d'amis à la maison. Cela n'a pas du tout dérangé Lena, qui affirme à plusieurs reprises ne pas aimer l'alcool. (Ligne 481)

Malgré l'absence d'un changement comportemental solidaire au choix d'abstinence de la femme, les trois partenaires des jeunes mamans ont tous accepté la ligne de conduite choisie par leurs femmes. Sans avoir participé activement à l'élaboration du projet d'abstinence élaboré par leurs partenaires, en effet, ils ont « suivi » le choix de leur compagne, en se montrant tolérants vis-à-vis d'une éventuelle exception :

Pour nous c'était clair comme ça. Que je n'allais pas boire. Pour lui l'idée que je boive un verre de temps en temps ce n'était pas du tout dérangeant mais il était aussi d'accord avec moi. On était les deux sur la même ligne de conduite. (Marina, ligne 457)

Le sujet de l'alcool n'a jamais été un objet de dispute pour aucun des trois couples.

En ce qui concerne la perception des risques liés à la consommation d'alcool pendant la période d'allaitement, Lena se demande si les partenaires ont la même sensibilité que les mamans.

Le bébé est là. Je pense qu'ils ont tendance à moins s'inquiéter pendant l'allaitement que pendant la grossesse. Du moment qu'ils se disent "le bébé est là, ça va bien" et tout... [...] Je me demande s'ils ne sont pas un peu moins sensibles. Je pense quand même. (Lena, 873)

Cette possibilité diffère de l'opinion de Maya qui, comme déjà mentionné, estime qu'il est plus risqué de boire pendant allaitement que pendant la grossesse.

6.2 Analyse critique

Tout d'abord, j'estime important de préciser que ce TdB représente pour moi une première expérience en matière de participation à une recherche scientifique. Bien que dans mon cursus en tant qu'infirmière j'ai eu l'occasion de réaliser une revue de littérature, je n'ai jamais contribué à la production de résultats scientifiques de cette forme. Mon inexpérience en matière de chercheuse représente donc une possible limitation à la qualité des résultats produits.

Lors des échanges professionnels et informels avec les personnes en période de périnatalité, j'ai l'habitude d'exprimer des conseils professionnels en regard de mes valeurs personnelles. Dans le respect de l'expérience et des représentations des familles, dans une étude qualitative, il n'est pas indiqué de prendre position lors des entretiens, afin de ne pas influencer les dires des femmes. (Fortin, 2010) Cela n'a pas été facile pour moi de sortir de mon rôle de soignante, pour accueillir les réponses des femmes de la façon la plus neutre et ouverte possible. La formulation de questions ouvertes m'a également demandé des efforts.

La taille de l'échantillon ayant participé à mon TdB est faible. Cependant les caractéristiques contrastées des participantes sont intéressantes et variées : multipares et primipare ; suisse allemande, suisse italienne, suisse romande ; infirmière, assistante en pharmacie, employée de commerce ; mariées, en couple ; accouchement hospitalier, accouchement en maison de naissance ; suivi par une SF, suivi par un gynécologue ; moins de 30 ans, plus de 30 ans ; ayant choisi l'allaitement mixte ou alors exclusif ; ayant l'habitude de boire régulièrement ou pas, ...

N'ayant pas atteint un niveau de saturation des données, l'avis de trois jeunes mères n'est pas représentatif de toute la population suisse. De plus, étant donné le choix d'un échantillonnage accidentel (ou par convenance), la généralisation de ces résultats est uniquement applicable aux sujets aux caractéristiques socioculturelles identiques aux trois femmes.

Le choix de réaliser des entretiens individuels, face à face, me paraît pertinent en vue du design qualitatif de la recherche à laquelle je participe. D'après Fortin, en effet, les buts de la recherche qualitative sont l'exploration et la compréhension des phénomènes, qui permettent la création de théories nées des données. (2010)

La rencontre avec les femmes m'a permis d'aborder des thématiques intimes à la vie familiale, en créant un contact réel et humain avec les femmes, qui se sont confiées à moi. Cette méthode aurait pu être source de gêne, pour ma part ou pour celle de femmes rencontrées, notamment en cas de réponses en décalage avec les normes sociales déjà évoquées. Cela aurait pu induire l'omission de certaines informations, ainsi que des énoncés non conformes à la réalité, par peur d'un jugement de ma part.

Lors des trois entretiens avec les femmes, ce possible inconvénient ne m'a pas semblé se produire. Les femmes rencontrées ont pu s'exprimer de façon libre et spontanée.

Le fait de connaître personnellement une des participantes à l'étude (Marina) peut être considéré comme un avantage (en ce qui concerne la spontanéité de l'expression), mais également un inconvénient (pour ce qui concerne la connaissance de mes convictions, donc l'éventuel frein induit par la peur du jugement). Malgré cela j'ai senti que Marina était à l'aise lors de notre entretien.

L'enregistrement de nos entretiens ne m'a pas, non plus, semblé un obstacle à la libre expression des femmes. Bien que mon téléphone était visible sur la table, il n'a jamais été source d'embarras. Au contraire, cet outil m'a permis d'être totalement disponible durant l'entretien, sans avoir la nécessité de prendre des notes ou d'écrire à l'ordinateur.

La durée des entretiens (entre 36 et 60 minutes) me paraît également pertinente à l'obtention d'informations aptes à répondre au questionnement de mon TdB. Cependant, comme j'ai pu le constater lors des trois entretiens, la concentration diminuait en fin de rencontre, alors que les dernières questions abordaient les thématiques les plus importantes pour mon travail. Le récit de leur accouchement a nécessité un temps très important. Ce temps aurait pu être raccourci afin d'être utilisé pour l'approfondissement des thématiques en lien avec ma problématique.

L'utilisation du guide d'entretien réalisé sous la supervision de Mme Gouilhers Hertig a favorisé la structure des rencontres, en me permettant d'aborder les thématiques préétablies. Lors du 3^{ème} entretien, je n'avais quasiment plus besoin de regarder mes feuilles, que je connaissais très bien.

La réalisation de l'entretien de Maya et Marina, a eu lieu à leur domicile, comme souhaité par les jeunes mères. Cela leur a permis de se sentir plus à l'aise et leur évité des déplacements impliquant du temps et de l'organisation. Cependant, les pleurs de leurs bébés, ont parfois interrompu notre discussion, en nous faisant perdre le fil de l'entretien.

La rencontre avec Lena, dans un espace public, n'était pas interrompue, mais notre discussion était légèrement parasitée par les bruits aux alentours. Cela m'a posé des difficultés lors de la retranscription mot à mot de l'entretien, que j'ai dû réécouter à de multiples reprises, en variant les réglages techniques de l'enregistrement.

Pour ce qui concerne l'analyse des données, j'ai utilisé une technique d'analyse thématique, comme conseillé par ma directrice de travail. Cette méthode m'a permis de donner un sens aux informations recueillies, en organisant les dires des femmes en thèmes et thématiques. N'ayant jamais été formée à la condensation des données, cependant, cette phase a été particulièrement difficile pour moi. Afin de m'orienter je me suis alors basée sur des indications recueillies dans les ouvrages de Fortin (2006), Lejeune (2014) et Paillé et Mucchielli (2008). Les conseils de Mme Gouilhers Hertig et de Mme Meyer m'ont également aidée à structurer la masse d'informations recueillies vers une plus petite quantité d'informations pertinentes à la problématique de mon TdB.

Le recours fréquent à des extraits d'entretiens me paraît judicieux, car facilite l'illustration explicite des différents thèmes et thématiques de l'analyse.

Lors de l'analyse des données, cela a été difficile de séparer les représentations des femmes concernant la grossesse de celles concernant l'allaitement. Deux d'entre elles, en effet, ne font pas spécialement la différence entre les deux périodes. Dans l'analyse des données, ces notions peuvent ainsi paraître un peu mélangées.

Les résultats obtenus par l'analyse des entretiens reprennent les quatre questions de la problématique présentée au début de mon travail, en y apportant des réponses en lien avec la vision subjective des participantes.

Cependant, certaines des idées des entretiens n'ont pas été suffisamment approfondies lors de mes rencontres. Cela concerne notamment le thème de l'importance d'une abstinence plus stricte pendant l'allaitement que pendant la grossesse (croyance de Maya), ou le manque de plaisir à consommer de l'alcool pendant la grossesse (évoqué par Marina). Cette lacune résulte de mon inexpérience en tant que « chercheuse ».

Concernant la question au sujet des représentations des femmes et de leurs partenaires, les entretiens n'ont apporté qu'une réponse partielle, uniquement basée sur les représentations des mères. Les représentations des pères, en effet, n'ont été évoquées que succinctement par les trois femmes. L'exploration de cette question m'a tout de même permis de comprendre les facteurs influençant le choix de la ligne de conduite des femmes, en matière de consommation d'alcool en période périnatale. Ces facteurs sont : le désir d'adhésion à la norme de la "bonne mère" (responsable, bienveillante, dévouée, mature, consciencieuse, altruiste, sensible, anticipatrice et exemplaire), la peur des conséquences de la consommation d'alcool sur l'enfant, la crainte de ne pas savoir s'autolimiter et d'éprouver un sentiment de culpabilité, ainsi que l'expérience autrui.

Par rapport à la question en lien avec les difficultés rencontrées par les femmes en matière de limitation de consommation d'alcool pendant la période périnatale, les résultats montrent que deux femmes sur trois n'ont pas rencontré de difficultés particulières. Cependant toutes les femmes ont fait des exceptions à leur ligne de conduite, en buvant un peu d'alcool lors d'occasions importantes. Les festivités peuvent alors être considérées comme une potentielle difficulté (et un facteur influençant le choix des femmes). Une des trois femmes rencontrées a souffert du changement d'habitudes, notamment lors des moments pendant lesquels elle avait l'habitude de boire de l'alcool. Le manque de solidarité comportementale de son partenaire ne l'a pas aidé. Les stratégies mises en place par les trois femmes ont été la relativisation des difficultés du changement en comparaison avec la modification d'autres habitudes ainsi qu'en lien avec la durée limitée de la grossesse et de l'allaitement, l'autodétermination et la pensée positive, ainsi que l'adoption d'alternatives ou de compromis à bas risque (exceptions). L'envie de consommer n'a pas déterminé l'utilisation de lait artificiel pour les trois femmes.

L'influence des partenaires dans la définition de la ligne de conduite, en matière de consommation d'alcool, n'émerge pas significativement des trois entretiens. Les partenaires approuvent les choix des femmes, mais ne participent pas à leur construction.

En ce qui concerne la favorisation de stratégies visant la réduction des risques, les trois femmes rencontrées ne semblent pas identifier les SF comme des possibles ressources. Pour faire face aux changements induits par la périnatalité en matière de consommation d'alcool, elles comptent essentiellement sur leur autodétermination. Une des trois femmes évoque l'utilité du partage avec la société de la responsabilité de la consommation d'alcool des femmes en période périnatale. Ce sujet sera développé plus loin.

En conclusion, les résultats obtenus par mon analyse m'ont permis de répondre partiellement aux questions de ma problématique. Bien que tous les sujets prévus ont été abordés lors des entretiens, en effet, certaines thématiques demeurent peu explorées (notamment le rôle des pères et les attentes vis-à-vis des professionnels de la santé). Cela témoigne d'une validité interne partielle.

7. DISCUSSION

7.1 Les risques liés à la norme de la "bonne mère"

Comme démontré par l'analyse des données produites, la perception des risques liés à la consommation d'alcool n'est pas basée sur des connaissances médicales. Les femmes rencontrées, en effet, ne sont pas en mesure d'évoquer les réels risques liés à la consommation d'alcool pendant l'allaitement. Leurs connaissances théoriques concernant les mécanismes de passage de l'alcool via la barrière placentaire, via le lait maternel, ainsi que le métabolisme de l'alcool dans le corps humain, sont approximatives, voir fausses. Elles savent que l'alcool est nocif pour la santé de leur enfant et elles estiment ne pas avoir besoin d'avoir plus d'information. Selon mes constatations personnelles, cela concerne également d'autres sujets, comme la listériose et la toxoplasmose : généralement les mamans savent qu'il n'est pas recommandé de consommer des produits laitiers non pasteurisés ou de la viande crue, mais peu d'entre elles connaissent les réelles conséquences de ces maladies. Ce manque de connaissances ne semble pourtant pas représenter un obstacle à l'application de leur ligne de conduite.

Comme déjà décrit, la ligne de conduite choisie par les femmes, en matière de consommation d'alcool pendant la grossesse et l'allaitement, est définie avant le début de la grossesse, sur la base des

différentes connaissances profanes et des normes sociales. L'éventualité d'une consommation régulière d'alcool pendant cette période, leur paraît impensable.

Le savoir populaire, et l'influence de l'entourage éclipsent le savoir professionnel, qui apparaît souvent futile face aux représentations subjectives du risque lié à la consommation d'alcool. Cette conclusion rejoint le point de Hammer et Inglin (2014), selon lesquels la femme construit ses propres représentations du risque, ainsi que la compréhension de la responsabilité de s'abstenir ou de consommer de l'alcool.

Cela est également décrit par Jodelet et Ohana (2000), cités par Alberti (2013), qui estiment que l'entourage exerce une influence plus importante que celle exercée par les professionnels de la santé. Ainsi la mise en place d'actions de promotions à la santé doit se pencher sur les représentations sociales des familles.

Les résultats de mon analyse démontrent la forte influence de la norme de la "bonne mère" sur les choix, les pensées, ainsi que les comportements des femmes rencontrés. Cette norme amène à juger d'inconscientes les mères qui choisissent de consommer de l'alcool ou de ne pas allaiter leur enfant, en remettent en cause l'amour qu'elles portent à leur enfant.

La norme de la "bonne mère" concerne la période périnatale en entier, de la grossesse à la fin de période d'allaitement, voire plus loin. Ce concept a déjà été décrit par des nombreux auteurs, donc ceux de l'équipe d'ORACLE.

Dans les années '50, Winnicott, avait déjà décrit un phénomène semblable au concept de la "bonne mère". Selon le psychanalyste la mère représente l'environnement initial de l'enfant. Considérée l'absence d'autonomie du nourrisson, complètement dépendant de son environnement, la mère développe un sens d'identification et de responsabilité envers lui. Ce processus permet la satisfaction des besoins de l'enfant, qui est favorisé dans son développement. La mère suffisamment bonne, est la femme qui arrive à répondre aux besoins de l'enfant, en lui apportant des soins adéquats et justement pondérés. (Winnicott, 1956)

D'après Lupton et Fenwick, une « bonne-mère » a de nombreuses qualités : elle sait faire preuve de patience, d'amour inconditionnel, ainsi que de tendresse envers son enfant. Elle est présente et disponible pour son enfant, avec qui elle développe un lien de qualité. Ses intérêts et ses besoins sont placés après ceux de son enfant. L'objectif principal de ses choix et ses comportements, en effet, est le bien-être et le développement de son enfant. (2001)

L'application de cette norme sociale débute dès la confirmation de la grossesse. Pendant les dernières décennies, en effet, le fœtus a gagné un statut de plus en plus important au sein de notre société. Afin de préserver le bien-être et la santé de son enfant encore in-utéro, la femme enceinte doit respecter des impératifs stricts, en terme d'hygiène de vie et de discipline, parfois au détriment de sa propre

autonomie. (Lupton, 2012) L'arrêt de la consommation d'alcool fait partie de l'hygiène de vie irréprochable qu'une "bonne mère" se doit d'adopter.

Comme affirmé par Knaak, l'allaitement maternel peut également être considéré comme une directive sociale, influencée par la norme de la "bonne mère". (2010) Depuis les années '70, en effet, l'allaitement a gagné de l'importance dans le terrain social, en obtenant l'implication de différents supporteurs de ses effets bénéfiques. Dans le monde entier, les campagnes pro-allaitement, les organisations en faveur du lait maternel, les autorités de la santé, ainsi que les groupes de parents, passent un message très clair : « *breast is the best* ». (Lee, 2008) Le marketing, conscient de la valeur sociale de l'allaitement, en profite : à ce jour, les ouvrages, les gadgets et les outils pensés pour faciliter et favoriser l'allaitement, abondent sur le marché de la périnatalité...

Dans notre Pays, le message est également clair, au point que les femmes en post partum peuvent se faire attribuer un temps de congé supplémentaire par leur employeur en cas d'allaitement. Personnellement j'estime injuste de ne pas offrir la même opportunité aux femmes qui n'allaitent pas.

Les familles qui choisissent de nourrir leurs enfants au lait artificiel, sont souvent soumises au jugement de la société. Leur statut de bons parents est parfois remis en cause. Cela n'est pas étonnant, étant donné le poids de l'influence de la norme sociale de la "bonne mère"...

Pour toutes ces raisons une grande majorité des femmes « choisissent » d'allaiter, en s'imposant une ligne de conduite abstinent, parfois difficile à maintenir. Mais les éventuelles difficultés rencontrées, ne représentent qu'un infime obstacle à surmonter pour le maintien du « titre » de "bonne mère".

D'après ces données, on pourrait croire que toutes les femmes en période périnatale suivent la norme de la "bonne mère", qui les oblige à l'abstinence à l'alcool pendant la grossesse et l'allaitement. Cependant, comme démontré dans le chapitre de l'introduction, cela n'est pas le cas. Comme affirmé par Meyer-Leu et al. (2011), en effet, 4 femmes enceintes sur 10 consomment de l'alcool en Suisse et la moitié des femmes européennes boivent pendant la période d'allaitement. (Haastrup et al., 2004)

En vue de l'importante influence de la norme de la "bonne mère", osent-elles, ces femmes, avouer leur consommation d'alcool, en s'exposant au risque de stéréotype de la « mauvaise mère » ? Ou alors elles tendent à adopter une attitude défensive qui cache, minimise ou nie leur consommation ?

Au vu des risques de stigmatisation et d'isolement des « mauvaises mères », j'estime important de me pencher ultérieurement sur ce sujet, en réfléchissant à l'implication des professionnels de la santé.

7.2 Quelle implication de la part des professionnels ?

L'implication des professionnels de la santé en matière de prévention, éducation et promotion à la santé, me paraît indispensable dès la phase pré-conceptionnelle. Comme affirmé par Junien et

Simeoni, en effet, cette phase marque le début d'une période cruciale pour le génome et le futur du fœtus. (2014)

La théorie de l'importance des premiers 1000 jours de la vie, est également soutenue par la Commission fédérale de l'alimentation, qui s'est basée sur « *la preuve de plus en plus manifeste que l'alimentation et le métabolisme de la femme enceinte, du nourrisson, puis de l'enfant en bas âge, influent de manière importante la physiologie, la croissance, la santé et les performances de ceux-ci* », pour élaborer les recommandations destinées aux jeunes mères. (2015)

L'exposition aux substances toxiques pendant les premières années de vie, influence donc la santé à court, moyen et long terme des enfants, ainsi que l'économie de notre société. Cela soulève un questionnement éthique, qui implique les professionnels de la périnatalité.

Selon la FSSF « *les professionnels de la santé ont l'obligation d'accompagner et de conseiller efficacement les femmes avant, pendant, et après la grossesse, afin de limiter et/ou prévenir les méfaits d'une consommation de tabac et d'alcool* ». (2017) (p.4)

Ceci démontre un devoir d'investissement de la part des professionnels de la santé en matière d'informations et action de promotions à la santé en lien avec la consommation d'alcool, malgré l'absence de demandes exprimés par les trois femmes rencontrées. Comme démontré par mon analyse, ainsi que les données de Boston et Mannella (2002), en effet, le sujet n'est pas toujours abordé. C'est pour toutes ces raisons que j'ai décidé d'approfondir la thématique de l'implication des professionnels de la périnatalité, et plus précisément des SF, dans la prévention de l'exposition des enfants à l'alcool, pendant la période d'allaitement.

Selon Schnegg (2013) les gynécologues ont un positionnement très différent en matière de consommation d'alcool des femmes en période périnatale par rapport aux SF. Les gynécologues ont tendance à sous-estimer les risques liés à la consommation faible à modérée d'alcool, en prônant l'autonomie, ainsi que le bon sens des femmes. Selon la sociologue, les médecins, partent souvent du principe qu'une consommation d'alcool est visible aux yeux d'un professionnel de la santé. Il n'est donc pas nécessaire d'aborder la thématique de l'alcool de façon systématique et approfondie, chez toutes les femmes. Les gynécologues raisonnent généralement de manière rationnelle et tempérée, émotionnellement plus détachés que les SF.

A mon avis cette attitude négligente, peut être source de confusion et d'incompréhension. Les démarches d'éducation pour la santé, en effet, font partie des rôles et des compétences des médecins, qui se doivent de dépister et d'orienter les femmes qui les consultent. Cette sous évaluation du risque crée des occasions manquées, qui peuvent donner l'impression aux femmes que les gynécologues ne sont pas des ressources compétentes et fiables en matière d'alcool et allaitement. Elles se basent alors sur des connaissances profanes, plus faciles d'accès.

Les SF, quant à elles, « *ont un rôle non seulement médical, mais aussi social, voir psychosocial* » envers les familles. En se désignant comme « *les porte-parole de la cause des bébés* », elles tendent à soutenir les intérêts des enfants de façon très prononcée et moralisatrice, parfois au dépit du respect de l'autonomie des mères. Leur implication dans la lutte contre les TSAF est très engagée. (Schnegg, 2013)

Une attitude culpabilisante et paternaliste est, à mon avis, inutile et contre-productive aux démarches de promotion à la santé. Cela renforce le risque d'isolement des femmes qui consomment de l'alcool pendant la période périnatale, alors que ce sont justement elles qui nécessitent le plus de soutien, d'information et d'accompagnement. La stigmatisation des femmes qui boivent de l'alcool pendant l'allaitement, est donc contraire au principe d'équité cher aux valeurs des SF.

Dans l'objectif d'un accompagnement de qualité, éthiquement et professionnellement cohérent, il pour moi indispensable d'identifier et conscientiser nos représentations personnelles, liés à la consommation d'alcool des femmes allaitantes. L'identification de nos représentations, en effet, nous permet d'aller au-delà de nos propres convictions et stéréotypes, pour adopter une réelle attitude professionnelle, basée sur le non-jugement.

D'après Titran et Gratias (2005), la prévention des risques liés à la consommation d'alcool doit passer par trois différentes cibles. Tout d'abord le grand public, qui doit pouvoir accéder facilement à des informations fiables et utiles à la compréhension des réels risques de la consommation d'alcool. Selon Titran et Gratias, il est indispensable d'adopter une vision globale de la prévention.

« Pour que le message soit entendu, il faut clairement se donner les moyens et utiliser conjointement le plus d'outils possibles : si les gens rencontrent la même information chez leur médecin, dans leur journal favori et sur le bus qui les amène au travail, il est probable qu'ils vont vraiment l'intégrer ».
(p.162)

Cela implique un engagement de l'ensemble de la société. Selon les auteurs, en effet, les conséquences liées à la consommation d'alcool sont une affaire de tous :

« En tant que simple membre de la collectivité, je peux déjà en parler autant que possible. Si je suis le conjoint d'une femme enceinte, je ne bois pas en sa présence et je ne l'incite pas à boire. Si je suis parent, je parle à mes enfants du SAF. Si je suis restaurateur ou débitant de boissons, j'offre des cocktails sans alcool aux femmes enceinte et j'installe des affiches de prévention dans mes locaux. »
(Titran& Gratias, p.157)

Cette idée rejoint les affirmations de Lena, à propos de l'étiquetage des bouteilles d'alcool et des médicaments. Un logo visible et reconnaissable sur les produits potentiellement dangereux pour les femmes en période périnatale, aiderait à l'identification des substances à risque. Cette démarche impliquerait l'Etat, ainsi que le marché du commerce, dans la responsabilité de la consommation

d'alcool. Jusqu'à présent, en effet, le seul régulateur de la prise de risques, est le choix individuel des femmes.

La deuxième cible des actions de prévention, devrait être la population des femmes plus à risque d'avoir des difficultés en lien avec la gestion de la problématique de l'alcool. Ces femmes devraient être orientées dans les différents services du système de santé, afin de recevoir un accompagnement adéquat et efficient. Bien qu'il n'existe pas une « formule magique » applicable à tous les professionnels et convenable à toutes les femmes, les auteurs proposent d'éviter les discours moralisateurs et culpabilisants (évoqués par Schnegg), pouvant donner naissance à des réactions paradoxales. Les enseignements basés sur le sentiment de peur (évoqués par Lena), ne semblent pas être pertinents, dans ce cas. L'équilibre entre un discours laxiste et un discours trop strict et moralisateur, est délicat à trouver... A ce propos, Tritan et Gratais proposent une attitude basée sur les encouragements et les, ainsi que sur l'évocation de stratégies concrètes en faveur de la réduction des risques. (p.160)

D'après Titran et Gratais, les professionnels de la périnatalité, qui correspondent à la troisième cible, ont un rôle déterminant dans l'accompagnement des femmes en période périnatale. Tout d'abord ils ont la responsabilité d'identifier les femmes à risque, par la réalisation d'un dépistage systématique, et adéquat. A ce propos les auteurs suggèrent de nommer la problématique de l'alcool au même titre que d'autres possibles problématiques (comme la fumée, la toxoplasmose, la listériose,...). L'objectif de cette démarche n'est pas l'accusation des femmes qui consomment de l'alcool, mais la création d'un dialogue avec les professionnels de la santé, qui deviennent une ressource fiable pour la réduction des risques.

Selon C. Roulet (communication personnelle [Présentation PowerPoint], 6.3.2018), la SF a le rôle de créer une alliance thérapeutique avec la femme accompagnée, tout en garantissant un suivi adapté, intégré dans un réseau interdisciplinaire. L'objectif visé est la réduction des risques (pas forcément l'abstinence), dans la prise en considération systémique de la femme. Pour ce faire la SF doit utiliser une approche centrée sur la personne, en faisant preuve de transparence, congruence et empathie envers la femme, qui ne doit pas se sentir jugée.

Selon Titran et Gratais, à partir du moment où les actions de prévention collectives auront sensibilisé le grand public aux risques de la consommation d'alcool, le travail des professionnels de la santé sera plus dans l'accompagnement de la mise en place de stratégies de réduction des risques, que dans la « pure » éducation à la santé. Mais pour cela il est nécessaire que la femme reconnaisse le possible risque de consommation d'alcool, en conflit avec la norme de "bonne mère". A partir de ce moment, des entretiens motivationnels, des séances basées sur des thérapies cognitivo-comportementales ou d'autres approches (selon le besoin), pourront être mises en place pour accompagner la femme. (Roulet, C., 2018)

Pour finir, j'estime fondamental de souligner l'importance d'une attitude empathique de la part des SF, qui doivent tenir en compte de l'intégrité de la personne qu'elles accompagnent. (Titran & Gratias, 2005) En effet, il ne s'agit pas uniquement d'accompagner une mère, mais également une femme en interaction avec un environnement vaste et varié.

7.3 Quid du bon partenaire ?

Pour ce qui concerne le rôle joué par le partenaire dans la gestion des risques liés à la consommation d'alcool en période périnatale, les résultats obtenus par mon analyse ne permettent pas de répondre au questionnaire concernant l'influence du père sur les constructions des représentations des femmes. Comme déjà décrit, l'hypothèse selon laquelle le père influence significativement les choix de la femme n'est pas confirmée dans mes résultats.

Si, comme affirmé par Hammer et al. (2016), la parentalité définit des nouvelles normes au sein du couple, en effet, ces normes semblent surtout concerner la mère. Les pères ne modifient pas significativement leurs habitudes inhérentes à la consommation d'alcool, ce qui peut donner origine à une éventuelle frustration silencieuse de la part des femmes. Ce manque de solidarité n'est pourtant pas souvent verbalisé comme un fait dérangeant. Malgré un avis unanime proclamant l'importance du soutien du partenaire en matière d'abstinence à l'alcool et une attitude non solidaire de la part des hommes, en effet, les femmes déclarent souvent s'être senties soutenue par leur partenaire. Dans une société où l'image du couple harmonieux est fortement valorisée, en effet, il n'est pas souhaitable de se plaindre du manque de tact de son propre partenaire, qui continue à boire un bon verre de vin à table, alors que la femme se prive de boire en raison de l'allaitement de leur enfant.

La pression sociale liée à la norme du bon parent en matière de consommation d'alcool semble ainsi concerner uniquement la femme. Cela soulève un questionnaire à la fois lié aux rapports de genre et à la fois lié à la volonté contemporaine des pères, qui luttent pour la valorisation sociale de leur rôle parental.

Afin de poursuivre l'investigation de cette problématique il sera intéressant de voir les résultats de l'ensemble de la recherche ORACLE. Il serait également intéressant de rencontrer individuellement les pères, afin d'investiguer les raisons de leurs choix non solidaires aux changements entrepris par leurs partenaires. Une hypothèse pourrait être la non verbalisation de ce besoin de la part des femmes.

8. RETOUR DANS LA PRATIQUE

8.1 Perspectives professionnelles

Comme décrit par Charrier et Clavandier, l'histoire de la profession SF prend origine dans la figure de la « *matrone* », également appelée « *bonne mère* ». C'est autour de cette figure sociale que s'organise l'accompagnement des femmes en période périnatale. Avant d'être une profession, en effet, l'accompagnement des accouchées était assuré par des femmes ayant l'expérience personnelle de la maternité, mais également des connaissances populaires en lien avec la grossesse, l'accouchement et les enfants. Leur dextérité, leur douceur, leur empathie, ainsi que leur volonté de respect de la morale de la société, étaient les principales qualités nécessaires à l'exercice de leurs fonctions. (2013) Personnellement, je trouve intéressant de constater le surnom donné aux SF avant la professionnalisation de notre pratique. Le terme de « bonne mère », en effet, attribue aux SF les caractéristiques auxquelles aspirent les femmes, en tant que mères. Cela attribue aux SF une image digne d'exemplarité, un modèle à suivre et à écouter, pour l'obtention du titre de « bonne mère ».

Comme affirmé par Page, le rôle de la SF consiste à accompagner les familles dans leur parcours vers la parentalité, mais également à mettre en place des actions d'éducation pour la santé leur permettant de réaliser des choix libres et éclairés. (2006) D'après Renfrew & al., la SF prend en compte les différents contextes de vie des familles, avec respect et bienveillance. (2014) La bienveillance, en effet, fait partie des valeurs philosophiques souvent nommée par les SF. Dans le respect de cette valeur, la moralisation et le jugement des femmes qui décident de consommer de l'alcool pendant la phase d'allaitement, ou de raccourcir cette période dans le but de pouvoir recommencer à boire, n'a donc pas de place. Les SF doivent faire attention à l'influence de leurs représentations sur la construction et le renforcement de stéréotypes concernant la classification des mères dites « mauvaises ». Cette représentation, en effet, favorise la stigmatisation et la précarisation des femmes qui choisissent de boire de l'alcool pendant l'allaitement, en les éloignant ultérieurement du soutien offert par les professionnels de la santé périnatale. Comme confirmé par Titran et Gratiias il est fondamental de s'attaquer aux représentations et aux idées préconçues, afin développer une attitude empathique et capable de tact. Le non jugement, est essentiel à la construction d'un lien de confiance entre la SF et la femme. (2005)

D'après Politis Mercier (communication personnelle [Présentation PowerPoint], septembre 2017), les familles sont influencées par les « *connaissances profanes* », l'expérience propre ou autrui, les représentations collectives ou individuelles, ainsi que les réseaux sociaux, le marketing et les mass médias. Les SF sont exposées à ces mêmes influences, mais disposent également de connaissances « savantes » et scientifiques. Notre rôle, en tant que SF, est de contribuer à l'intégration de ces données dans le savoir collectif. La traduction des connaissances scientifiques permettrait l'intégration

des données basées sur des évidences cliniques, dans les connaissances profanes de la population, ce qui remettrait en cause certains savoirs populaires.

Pour cette raison, j'estime important d'aborder systématiquement le sujet de la consommation d'alcool pendant la période périnatale, y compris pour les femmes qui n'estiment pas en avoir le besoin. Cela permettrait le dépistage des femmes nécessitant un soutien adapté à leurs difficultés, ainsi que le *health literacy* des familles, indépendamment de leur choix d'abstinence ou de consommation. Ce dialogue permettrait également la prise de conscience de l'influence de la norme sociale de la "bonne mère" sur les représentations des femmes, en leur permettant de sortir des idées arrêtées et préconçues.

Afin de proposer un accompagnement adéquat et pertinent, j'estime important de renforcer la formation des SF sur les réels risques liés à la consommation d'alcool, ainsi qu'à l'accompagnement des femmes confrontées à cette problématique. Cela devrait être intégré davantage dans notre formation initiale et accessible aux SF diplômées par le biais de formations continues à ce sujet. Les programmes de formation devraient inclure davantage d'ateliers pratiques axés sur les compétences communicationnelles propres à la problématique de la consommation d'alcool. L'apprentissage d'approches motivationnelles serait également utile.

Dans une perspective de travail en réseau autour de la problématique de la consommation d'alcool pendant l'allaitement, il serait également indispensable d'uniformiser le discours des SF et des gynécologues et d'améliorer leur collaboration. Cela favoriserait la continuité des soins, en permettant aux femmes de garder les mêmes repères.

8.2 Nouvelles pistes de recherche

Dans le contexte des résultats produits par mon TdB je pourrais imaginer de nouvelles pistes de recherche, pour aller au-delà de la présente recherche pilote.

Notamment, il serait intéressant de différencier davantage les représentations concernant les risques de la consommation d'alcool entre l'allaitement et la grossesse. Comme démontré dans les entretiens, en effet, bien que les trois femmes rencontrées estiment important de ne pas consommer d'alcool en allaitant, leurs avis divergent. Pour Marina les risques pour l'enfant sont plus importants pendant la grossesse. Elle estime qu'un fœtus a moins des « réserves » qu'un nouveau-né, ce qui le fragilise d'avantage face à la consommation maternelle d'alcool. Lena émet l'hypothèse que la consommation d'alcool pendant l'allaitement peut être considérée moins dangereuse, cela en raison de la fin de la période de constitution des organes de l'enfant. Selon la jeune maman, en effet, on pourrait croire que l'alcool a moins d'impact sur un nouveau né en bonne santé que sur un fœtus dont on ne connaît que partiellement l'état de santé. Pour Maya, au contraire, l'abstinence à l'alcool est plus importante

pendant l'allaitement que pendant la grossesse. Est-ce par meilleure conscience visuelle de l'enfant ? Par la visualisation de la tétée, acte de transmission du lait imprégné d'alcool ? En absence de précisions à ce sujet et en défaut de données scientifiques comparant les représentations de la consommation d'alcool pendant la grossesse et l'allaitement, je ne suis pas en mesure de fournir une conclusion à cette problématique. Cependant, cela représente un intéressant sujet à investiguer dans des recherches futures.

Une autre piste de recherche pertinente à développer, est la compréhension du manque de solidarité comportementale de la part des pères, en matière d'abstinence à l'alcool pendant la grossesse et l'allaitement. Le sujet de l'influence et le rôle des pères est actuellement explorée par les chercheurs de l'étude ORACLE. Cet aspect émergera peut-être de leurs résultats, en nous donnant la possibilité d'adapter notre accompagnement SF en incluant les pères dans une démarche de promotion à la santé pertinente aux besoins des familles.

Pour finir, il sera également intéressant de découvrir les résultats de la partie de la recherche RISALCO, qui s'intéresse à l'exploration des représentations des professionnels de la santé en matière de prise de risque liés à la consommation d'alcool pendant la période périnatale. Cet aspect est indispensable à l'identification des résistances qui influencent et limitent les professionnels de la périnatalité dans les actions de prévention, éducation et promotion de la santé. La prise de conscience de ces représentations, participerait également à la lutte contre la stigmatisation des mères dites « mauvaises », à risque de précarisation et d'isolement.

9. CONCLUSIONS

Aborder la problématique de la consommation d'alcool pendant l'allaitement, m'a amenée à me pencher sur des représentations et des normes sociales, dont je n'avais pas entièrement conscience. Tout d'abord j'ai pu approfondir l'omniprésence de la norme de la "bonne mère", avec les risques de stéréotypes et de jugement qu'elle pourrait impliquer. Je me suis, en effet, aperçue à quel point cette norme sociale régit les comportements, les jugements et les choix des femmes en matière d'alcool et d'allaitement. Le non-respect de cette norme suscite des jugements impitoyables envers les « mauvaises mères », ce qui pourrait les stigmatiser et les isoler.

D'après mon opinion personnelle il n'existe pas de « bonne » ou de « mauvaise » mère. Chaque femme fait des choix en fonction de ses propres valeurs et représentations, ce n'est pas à autrui (ni à la société) de juger ses comportements.

Par la réalisation de ces pages, j'ai pu explorer la place de la peur des risques auprès des femmes en période périnatale. Ce sentiment est très présent chez les jeunes mamans, et arguente des choix essentiellement basés sur des connaissances et des représentations profanes.

Les professionnels de la santé ne semblent pas représenter une réelle source d'information, ni une possible ressource, pour les femmes faisant face aux difficultés induites par un changement de comportement en lien avec la consommation d'alcool. Une piste d'interprétation de ce phénomène est que l'attitude parfois distante, jugeante, moralisatrice, ou culpabilisante des SF potentialise l'effet de la norme sociale de la "bonne mère", déjà très forte dans notre société, en augmentant le risque d'isolement des femmes consommant de l'alcool. Mais cela reste à confirmer.

Ces découvertes m'ont également permis de réfléchir à la posture de la SF en matière de promotion, prévention et éducation pour la santé des femmes confrontées à la problématique de l'alcool pendant l'allaitement. Comme décrit dans l'introduction, en effet, la prévalence des femmes qui consomment de l'alcool pendant la période périnatale est importante, et trop peu considérée dans notre pays. Une prise en considération de la problématique, par un dépistage systématique, ainsi que la mise en place d'un soutien personnalisé basé sur une approche centrée sur la personne, permettrait aux femmes de se sentir considérées dans leur globalité. Cette méthode favoriserait la reconnaissance des SF comme un groupe de professionnels de confiance utile à l'élaboration de stratégies de réduction des risques.

Ce travail m'a également permis de m'intéresser au rôle et à la place des partenaires dans les choix des femmes en matière de consommation d'alcool. D'après mes résultats, ces derniers ne semblent pas jouer un rôle déterminant face aux choix des femmes. De plus, en absence d'une solidarité comportementale avec la ligne de conduite des femmes, ils ne répondent pas au besoin de soutien parfois indirectement évoqué par leurs partenaires femmes.

L'élaboration de ce TdB a représenté pour moi une belle occasion d'apprentissages dans le domaine de la recherche. Grâce à la préparation, la réalisation, l'écriture et l'analyse des entretiens, j'ai pu développer des compétences spécifiques aux « apprentis chercheurs ». La condensation des données m'a permis de découvrir les processus de catégorisation des informations utilisées pour l'élaboration de certaines études qualitatives. L'écriture du chapitre de la discussion, ainsi que du retour dans la pratique m'a permis d'approfondir davantage les thématiques sélectionnées, en me permettant d'imaginer des perspectives professionnelles pour la pratique SF. La collaboration interdisciplinaire avec les sociologues de l'équipe ORACLE m'a permis d'aborder le sujet des représentations et des choix des femmes en matière de consommation d'alcool pendant la période d'allaitement, d'un angle de vue dépassant ma vision SF. Cela a été très enrichissant et stimulant.

J'espère que les résultats produits par ce travail pourront contribuer à l'élaboration de données probantes, dans le cadre de l'étude qualitative ORACLE.

Bien que ce travail m'ait demandé un investissement important en terme de temps et d'énergie, je suis contente d'avoir choisi de participer à une étude concrète dans le cadre de mon TdB. Cela est une expérience unique, que je conseille vivement aux autres étudiantes SF.

10. REFERENCES

- Académie suisse des Sciences Médicales (2009). La recherche avec des êtres humains : un guide pratique. Bâle, ASSM
- Addiction Suisse & Fédération des médecins suisses (FMH). (2015). Alcool et Grossesse. Brochure repérée à <http://shop.addictionsuisse.ch/download/74ab2b3781baf1376e56f00a5b7d5b523b2e9de1.pdf>
- Alberti, C. (2013). Allaitement, une pratique entre représentation et contexte social. Repéré à https://www.unine.ch/files/live/sites/.../Travail%20final_Allaitement_C.Alberti.pdf
- Arnoldi, J. (2009). Risk. Cambridge. Polity Press
- Beck, U. (2001). La société du risque. Paris, Aubier
- Brahic, J., Thomas, O. et Dany, L. (2015). Alcool et grossesse : une recherche qualitative auprès de femmes enceintes. Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 3(107), p. 403-434
- Charrier, P. & Clavandier, G. (2013). Sociologie de la naissance. Paris, France. Armand Colin (pp.20-43)
- Commission fédérale de l'alimentation. (2015). L'alimentation durant les 1000 premiers jours de vie – de la conception au 3e anniversaire Résumé, note de synthèse et recommandations. Repéré à : https://www.eek.admin.ch/.../FR_Résumé_synthese_et_recommandations.pdf
- Dratva, J., Gross, K., Spät, A., Stemp Stutz, E. (2014). Swiss Infant Feeding Study- SWIFS, A national study on infant feeding and health in the child's first year. Swiss Tropical and Public Health Institute. Repéré à https://www.swisstph.ch/fileadmin/user_upload/SwissTPH/Projects/SWIFS/ExecutiveSummary_SWIFS_EN.pdf
- Fédération Suisse des Sages Femmes (FSSF). (2017). Recommandations de bonne pratique (Guideline) pour le dépistage et le conseil en matière de consommation de tabac et d'alcool avant, pendant et après la grossesse
- Flak, A. L., Su, S., Bertrand, J., Denny, C. H., Kesmodel, U. S., Cogwell M. E. (2014). The Association of mild, moderate and binge prenatal alcohol exposure and child neuropsychological outcomes : a meta-analysis. Alcohol Clin Experimental Research, 38(1) : p. 214-226
- Fortin, M.F. (2006). Fondements et étapes du processus de recherche. Montréal, Canada. Chenelière éducation

- Giglia, R. C & Binns, C. (2006). Alcohol and lactation: an updated systematic review. *Nutrition & Dietetics*, 63 (2) : p. 237-243.
- Giglia, R. C (2010). Alcohol and lactation systematic review. *Nutrition & Dietetics*, 63 (4) : p. 103-116. DOI 10.1111/j.1747-0080.2010.01469.x
- Haastrup, M. B., Pottegard, A., Damkier, P. (2004). Alcohol and breastfeeding. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 144: p. 168-173.
- Hammer, R. & Inglin, S. (2014). 'I don't think it's risky, but...': Pregnant women's risk perceptions of maternal drinking and smoking, *Health, Risk & Society*, 16(1), p.22-35
- Hammer, R., Meyer, Y., Pehlke-Milde, J. (2016). Les couples et la consommation d'alcool durant la grossesse et l'allaitement : approche d'un risque « ordinaire ». Protocole de recherche soumis au FNS le 30 mars 2016.
- Haute Autorité de Santé. (2005). Recommandations professionnelles : Préparation à la naissance et à la parentalité. Repéré à http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
- Ho, E., Collantes, A., Kapur, B. M., Moretti, M., Koren, K. (2001). Alcohol and breastfeeding: calculation of time to zero level in milk. *Biol Neonate* 80 (3): p. 219-222.
- Holland, K., McCallum, K., et Blood, R. W. (2015) *Conversations about alcohol and pregnancy*, Canberra, Foundation for Alcohol Research and Education
- International Confederation of Midwives. (2008). International Code of Ethics for Midwives. Repéré à http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20ENG%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf
- Jodelet, D. & Ohana, J. (2000). Représentations sociales de l'allaitement maternel : une pratique de santé entre nature et culture. *Santé et société. La santé et la maladie comme phénomènes sociaux* (pp. 139-165). Lausanne, Delachaux et Niestlé.
- Jones, K. L. & Smith D. W. (1973). Recognition of the foetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet* 2 (7836): p. 999-10001.
- Jones, S. C., & Telenta, J. (2012). What influences Australian women to not drink alcohol during pregnancy? *Australian Journal of Primary Health*, 18, p.68-73.
- Junien, C. & Simeoni, P. (2014). L'initiative des 1000 jours de l'OMS et l'origine développementale de la santé et des maladies. Réperé à : http://www.sf-dohad.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=136:l-initiative-des-1000-jours-de-l-oms&catid=91&Itemid=582
- Knaak, S. J. (2010). Contextualising risk, constructing

- choice: Breastfeeding and good mothering in risk society, *Health, Risk & Society*, 12(4), p.345-355
- Koletzko, B. & Lehner, F. (2000). Beer and breastfeeding. *Adv Exp Med Biol* 478: p 23-28.
- Lee, E. J. (2008). Living with risk in the age of 'intensive motherhood': Maternal identity and infant feeding, *Health, Risk & Society*, 10:5, 467-477, DOI: 10.1080/13698570802383432
- Lejeune, C. (2014). *Manuel d'analyse qualitative*. Louvain-la-Neuve, Belgique. De Boeck Supérieur
- Loxton, D. et al. (2013). Acquisition and Utilization of Information About Alcohol Use in Pregnancy Among Australian Pregnant Women and Service Providers, *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58, p. 523-530
- Lupton, D. & Fenwick, J. (2001). They've forgotten that I'm the mum': constructing and practising motherhood in special care nurseries. *Social Science & Medicine* 53(8):1011-21.
DOI: 10.1016/S0277-9536(00)00396-8
- Marshall & M.D. Raynor. (2014). *Myles Textbook for Midwives* (16ème éd.) (pp. 127-142). Oxford, Grande-Bretagne: Churchill Livingstone Elsevier.
- Mennella, J. A. (2001). Alcohol's effects on lactation. *Alcohol Res Health* 24 (3) : p. 230-234.
- Mennella, J. A. (2002). Alcohol and lactation: the folklore versus the science. In : K.G. Auerbach, ed. *Current issues in clinical lactation*, p.3-10. Boston, MA : Jones & Bartlett Publishers.
- Mennella, J. A. , & Beauchamp, G. K. (1991). The transfer of alcohol to human milk: Effects on flavour and the infant's behaviour. *New England Journal of Medicine* 325: p. 981-985.
- Mennella, J. A. , & Garcia, P. J. (2000). The child's hedonic response to the smell of alcohol: Effects of parental drinking habits. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 24: p.1167-1171.
- Meyer-Leu, Y., Lemola, S., Daeppen, J.B., Deriaz, O., Stefan, G. (2011). Association of Moderate Alcohol Use and Binge Drinking During Pregnancy with Neonatal Health. DOI: 10.1111/j.1530-0277.2011.01513.x
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP). (2011). Fiche d'information. Alcool et grossesse. Repéré à : <https://www.bag.admin.ch/dam/.../fs-alcool-grossesse.pdf>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) & Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). (2007). *Allaitement au sein exclusif*. Repéré à : http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/fr/ Allaitement au sein exclusif et http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/nutrition/breastfeeding/fr/
- O'Malley, P. (2008) *Governmentality and Risk*. Zinn JO (éd) *Social Theories of Risk and Uncertainty: An Introduction*. Malden, Blackwell Publishers, p. 52-75

- O'Leary, C. M., Bower, C. (2012). Guidelines for pregnancy: what's an acceptable risk, and how is the evidence (finally) shaping up? *Drug and Alcohol Review*, 31: p. 170-183.
- Page, L.A. & Mc Candlish, R., (2006). *The new Midwifery: Science and Sensitivity in Practice* » (2nd ed.). Philadelphia : Churchill Living (pp. 3-20)
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France. Armand Colin.
- Raymond, N., Beer, C., Glazebrook, C., et Kapil, S. (2009). Pregnant women's attitudes towards alcohol consumption, *BMC. Public Health*, 9(175), p.1-8
- Renfrew, M.J.,McFadden, A., Bastos, M.H. , Campbell, J.,Channon A., Cheung, NF., Silva D., Downe, S., Kennedy, H., Malata, A., McCormick, F., & Declercq, E.(2014) Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014 Sep 20;384(9948):1129-45. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60789-3.
- Research New Zealand (RNZ). (2014) *Drinking alcohol during pregnancy: a literature review*. Wellington, Health Promotion Agency.
- Schnegg, C. (2013). A la santé de qui ? Une ethnographie des discours professionnels sur le risque orphelin lié à l'alcool et à la grossesse. *EspacesTemps.net*, Travaux, 12.11.2013, Repéré à <http://www.espacestems.net/articles/a-la-sante-de-qui/>
- Schwegler, U., Kohlhuber, MI, Roscher, E., Kopp, E., Ehlers, Al., Weissenborn, A., Rubin, D., Lampen, A., Fromme, H. (2012). *Alkohol in der Stillzeit- Eine Risikobewertung unter Berücksichtigung der Stillförderung*. Berlin, Bundesinstitut für –Risikobewertung. Repéré à: <http://www.bfr.bund.de/cm/350/alkohol-in-der-stillzeit-eine-risikobewertung-unter-beruecksichtigung-der-stillfoerderung.pdf>
- Sokol, R. & Clarren, S. (1989). Guidelines for use of terminology describing the impact of prenatal alcohol on the offspring. *Alcoholism: clinical and experimental Research*, 13(4), 597-8.
- Testa, M. & Leonard, K.E. (1995) Social influences on drinking during pregnancy, *Psychology of Addictive Behaviours*, 9(4), (pp. 258-268)
- Titran, M. & Gratiias, L. (2005). *À sa santé ! Pour une prise de conscience des dangers de l'alcool pendant la grossesse*. (pp. 153-172), Paris, France : Editions Albin Michel
- Toutain, S. (2009). Ce que les femmes disent de l'abstinence d'alcool pendant la grossesse en France. *Bulletin d'Épidémiologie Hebdomadaire*, 10-11. p. 100-2
- Winnicott, D.W., (1956). « La préoccupation maternelle primaire ». In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969, p. 168-174

11. ANNEXES

Annexe I : Document d'information aux couples

Annexe II : Formulaire de consentement

Annexe III : Guide d'entretien

Annexe I :

Document d'information aux couples

Invitation à participer à l'étude « La grossesse et l'allaitement comme transitions : expériences et attentes des couples concernant les informations sur l'alcool »

Madame, Monsieur,

La grossesse et l'allaitement représentent généralement des étapes majeures dans la vie des couples. Ces événements s'accompagnent de nombreuses recommandations qui peuvent susciter des questionnements pour la femme enceinte et le conjoint à propos de leurs habitudes quotidiennes. La consommation d'alcool en est un exemple, mais la manière dont les couples sont informés et s'informent sur cette question reste mal connue.

Dans le cadre de mon travail de fin d'études en tant que sage-femme Bachelor, je participe à la réalisation d'une partie d'une étude en lien avec l'alcool et la grossesse et l'allaitement.

Cette étude, financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique, est conduite par la Haute Ecole Santé Vaud (HESAV) et la Haute Ecole des sciences appliquées de Zurich (ZHAW). Elle a pour but de mieux comprendre comment les femmes et les hommes perçoivent la question de la consommation d'alcool durant la grossesse et l'allaitement. Par le biais d'interview nous intéressons notamment aux conseils reçus par les couples, à leurs attentes vis-à-vis des professionnels de santé, et aux éventuelles difficultés et interrogations rencontrées.

La participation à l'étude comporte un entretien, d'une durée d'une heure environ, se dérouleront dans le lieu de votre choix.

La participation à l'étude repose sur une base volontaire. Vous avez à tout moment la possibilité de revenir sur votre accord et/ou d'interrompre l'entretien sans donner de raison.

Ces entretiens seront enregistrés et mis par écrit. Les données seront rendues anonymes et utilisées par les auteurs de l'étude dans le cadre de cette recherche et pour des activités d'enseignement. Nous garantissons le respect de la confidentialité du contenu des entretiens. Les résultats de cette étude seront publiés, et vous seront communiqués sur simple demande.

Comme toute étude, celle-ci comporte des critères d'inclusion. Le protocole de l'étude prévoit que les femmes qui ont été ou sont prises en charge médicalement pour une addiction à l'alcool et les femmes qui ne buvaient jamais d'alcool avant la grossesse ne soient pas incluses dans l'étude.

Si vous êtes intéressés à participer à cette étude, nous vous invitons à prendre contact avec Daniela Del Vecchio :

- par téléphone, au 079.374.48.74

- par courrier électronique : daniela.delvecchio@hesav.ch

- ou en renvoyant les deux formulaires de consentement signés à l'adresse suivante (merci d'indiquer vos coordonnées) :

Daniela Del Vecchio
Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV)
Avenue de Beaumont 21
1011 Lausanne

En vous remerciant d'avance du temps que vous aurez la gentillesse de nous consacrer, nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire. Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Raphaël Hammer,
professeur
sociologue
responsable de l'étude
HESAV
Tél. 021 316 81 19

Yvonne Meyer,
professeure
sage-femme
co-responsable de l'étude
HES
AV
Tél. 076 393 56 39

Jessica Pehlke-Milde,
professeure
sage-femme
co-responsable de l'étude
ZHAW
Tél. 058 934 64 66

Solène Gouilhers
Haute Ecole de Santé Vaud
(HESAV)
Av. de Beaumont 21
1011 Lausanne
Tél: 078.631.40.99

Annexe II :

Formulaire de consentement

Concerne : étude « La grossesse et l'allaitement comme transitions : expérience et attente des couples concernant les informations sur l'alcool »

La soussignée,

- Certifie avoir été informée oralement et par écrit sur les buts et le déroulement de l'étude.
- Certifie avoir lu et compris le document d'information destiné aux participants de l'étude et avoir reçu des réponses satisfaisantes aux questions liées à sa participation. Elle peut conserver l'information écrite aux participants et recevoir une copie de sa déclaration écrite de consentement.
- Certifie avoir été informée que la participation à l'étude est volontaire et qu'elle peut se retirer de l'étude à tout moment sans justifier ce choix et sans conséquence.
- Certifie avoir eu assez de temps pour prendre sa décision et consent à ce que les chercheurs utilisent les données recueillies en vues de publications et d'activités d'enseignement, la confidentialité et l'anonymat leur étant assurés.

La soussignée accepte de participer aux deux entretiens prévus dans le cadre de l'étude susmentionnée.

Nom, Prénom

.....

Adresse postale

.....

Numéro de téléphone

.....

Adresse email

.....

Date et signature de

la participante :

Date et signature

de l'investigateur/trice :

Annexe III : Guide d'entretien

Présentations

Age, origine, langue maternelle, formation, activité professionnelle, nombre d'années couple, statut marital, nombre enfants, date d'accouchement

Est-ce que votre expérience de la maternité, jusqu'à présent, correspond à ce que vous aviez imaginé ou aux grossesses précédentes ?

Grossesse

Comment s'est passé votre suivi de la grossesse ? Quel professionnel vous a accompagné ? Comment l'avez-vous choisi ? Etes-vous satisfaite de ce suivi ?

Qu'est-ce qui vous a paru le plus difficile pendant la grossesse ?

Pour certaines femmes, la grossesse ne change pas vraiment leur vie de tous les jours, pour d'autres c'est un changement important/majeur qui bouleverse leurs habitudes. De quel côté vous situez-vous ?

Qu'est-ce qui a surtout changé pour vous pendant la grossesse ?

Accouchement

Où a eu lieu votre accouchement ? Comment cela s'est décidé ?

Post partum

À combien de semaines post partum êtes-vous ?

Comment c'est passé la période après votre accouchement ? Qu'est-ce qui vous a paru difficile ?
Combien de jours êtes-vous restée hospitalisée ?

Une fois rentrée à domicile quelles sont les personnes qui vous ont accompagnée de façon plus soutenant ?

Quels sont les professionnels que vous avez rencontrés une fois rentrée à domicile ?

La maternité est une période de joie, mais c'est parfois aussi une période de stress. On a rencontré des couples que la parentalité a rendu plus proches, amoureux, et d'autres qui ont plus de conflits, de tensions. Qu'est-ce que cela a changé entre vous deux ?

Allaitement

Allaitez-vous ? Comment en êtes-vous venue au choix d'allaiter ? Qu'est-ce qu'il en pense votre conjoint ?

Avez-vous l'impression que l'allaitement a changé vos habitudes par rapport à avant et pendant la grossesse ? De quelle manière ? Comment vivez-vous ces changements ?

Il y a-t-il des habitudes d'avant la grossesse que vous vous réjouissez de reprendre ? Lesquelles ?
Quand est-ce que vous pensez les reprendre ?

Alcool et grossesse

A quelles occasions aviez-vous généralement l'habitude de boire de l'alcool avant la grossesse ?
A quelle fréquence ?

Et votre partenaire ?

Est-ce que vous aviez l'habitude de partager un verre de vin ensemble parfois (dîner, restaurant, tête à tête) ?

Quand vous étiez enceinte, est-ce que vous avez changé quelque chose par rapport à l'alcool ?
Comment ça s'est passé ?

Et votre conjoint ?

A partir de quand avez-vous entrepris ces changements ?

Est-ce que vous vous êtes fixé une sorte de ligne de conduite à propos de la consommation d'alcool depuis que vous êtes enceinte ? Est-ce que vous avez appliqué cette ligne de conduite de manière stricte ou plutôt souple ?

En cas de multipare : comment avez-vous fait lors de votre/vos grossesses précédentes ?

Avez-vous discuté avec votre partenaire de cette ligne de conduite ?

Est-ce que cette question d'alcool a été un sujet de désaccord ou de dispute entre vous ?

De manière générale, à votre avis, est-ce que le partenaire peut être une aide (importante) pour une femme qui souhaite être abstinentes durant sa grossesse ou l'allaitement ? Comment ?

Alcool et allaitement

Votre consommation d'alcool a-t-elle changée depuis que vous avez accouché ?

En avez-vous parlé avec votre conjoint ?

Est-ce qu'il vous est arrivé d'hésiter à consommer

Avez-vous déjà été confrontée à des situations (incitation à boire, malgré tout ; remarques sur ne pas boire, par exemple : « trinque au moins une fois pour faire santé ! » ou « attention, ne bois surtout pas ») ? Et plutôt sous forme de blagues ? Comment avez-vous réagi ? Comment vous vous êtes sentie ? Quel rôle a joué votre partenaire ?

Si vous avez des amies allaitantes ou qui l'ont été autour de vous : Est-ce qu'elles avaient à peu près la même ligne de conduite que vous, ou une autre manière de voir/de faire ?

Certaines femmes estiment qu'il est mieux de donner à leur enfant du lait artificiel plutôt que du lait maternel ayant été exposé à des faibles quantités d'alcool... D'autres estiment le contraire. Qu'en pensez-vous ?

Est-ce que l'envie de boire l'alcool représente à votre avis une raison de raccourcissement de la période d'allaitement ?

Recommandations et conseils

Avez-vous eu l'occasion d'aborder la question de l'alcool au cours de la grossesse ? Avec qui ? A

quel moment ?

Avez-vous parlé de l'alcool en lien avec l'allaitement ?

Est-ce que votre gynécologue ou sage-femme vous a parlé spontanément de la question de l'alcool ? Quelles recommandations avez-vous reçues ? Sous quelle forme (brochure, orale, ...) ?

Qu'est-ce que vous avez retenu ?

Globalement, avez-vous le sentiment d'avoir été bien informé(e)(s) sur le sujet ? Auriez-vous souhaité obtenir plus d'informations de la part de votre sage-femme ou gynécologue ?

Représentations des risques et responsabilité

Est-ce que à votre avis il existe une consommation acceptable d'alcool pendant la grossesse ? Et en allaitant ? Quelle est la limite à ne pas dépasser ?

Qu'est-ce que cela signifie pour vous une consommation dangereuse ou déconseillée ?

Est-ce seuil différent pendant la grossesse et pendant l'allaitement ?

Quels sont à votre avis les effets d'une consommation faible pendant l'allaitement ?

Certaines femmes choisissent de continuer à boire de l'alcool tout en allaitant: afin de préserver l'enfant de telle consommation, certaines mamans se limitent à des petites quantités. D'autres mettent en place d'autres stratégies... Qu'en pensez-vous ?

Avez-vous entendu parler ou pu observer autour de vous des stratégies particulières ? Comment a été fait le choix de ces stratégies ?

Connaissez-vous les recommandations officielles en Suisse pendant la grossesse ? Et pendant l'allaitement ? Elles prônent une abstinence complète d'alcool pendant la grossesse et l'allaitement... Est-ce que de manière générale vous pensez que ces recommandations sont utiles (une ressource) ou bien une source de stress pour les femmes enceintes ?

Quel est le rôle du partenaire par rapport à cette question d'abstinence ou de non-abstinence ?

Autre chose à rajouter ?

Merci !