

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du diplôme de master

Option : Psychologie clinique

Thème :

**Les interactions bébé-nourrice pendant la situation
d'allaitement**

« Etude de 6 cas placés dans le foyer pour enfants assistés de Bejaia »

Réalisé par :

M^{lle} MOULOUA Tinhinene

Encadré par :

M^{me} GUEDDOUCHE Salima

L'année universitaire : 2014-2015

Remerciements

Ce travail n'aurait pu être réalisé sans la précieuse aide de plusieurs personnes que je tiens à remercier.

Je désire exprimer ma profonde gratitude à ma promotrice Madame GUEDDOUCHE .S pour sa générosité, sa patience et sa grande contribution dans la réalisation de ce mémoire.

Je remercie également la psychologue du foyer ainsi tout l'effectif exerçant au foyer pour enfants assistés de Bejaia et plus particulièrement les nourrices qui nous ont permis de réaliser notre travail au sein de ce foyer.

Un grand merci aux petits bébés, sans qui cette étude n'aurait pas pu exister ma profonde reconnaissance et gratitude vont à tous les enseignants de la faculté des sciences humaines et sociale, de l'université Abderrahmane Mira de Bejaia.

Je tiens également à apporter des remerciements sincères à ma famille et mes amis qui mon aider et soutenu toute au long de cette épreuve.

TINHINENE

SOMMAIRE

INTRODUCTION

LE CADRE DE LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE

1. Problématique	5
2. La formulation des hypothèses	11
3. Définition et opérationnalisation des concepts clés	11
4. Les raisons du choix du thème.....	14
5. Les objectifs de la recherche	15

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I : Les interactions bébé-nourrice

1. Les comportements des deux protagonistes de l'interaction	16
1.1. Les compétences du bébé.....	16
1.2. Les compétences de la nourrice.....	19
2. Les différentes théories et études antérieures.....	20
2.1. Les théories sur l'attrance pour les stimuli sociaux.....	20
2.2. La théorie de l'attachement.....	21
2.3. La théorie des trois organisateurs de Spitz.....	24
3. Les types d'interaction entre le bébé et son entourage.....	25
3.1. Les interactions comportementales.....	25

3.1.1. Les interactions corporelles	26
3.1.2. Les interactions visuelles	26
3.1.3. Les interactions vocales.....	27
3.2. Les interactions affectives.....	28
3.3. Les interactions fantasmatiques.....	29
4. Les troubles interactifs précoces et leurs conséquences sur le développement du bébé.....	31
4.1. La souffrance à travers le corps.....	31
4.1.1. Les désordres psychosomatiques du bébé.....	31
4.2. La souffrance psychologique	36
4.2.1. Les dépressions précoces	37
4.2.2. Les bébés à risque autistique.....	37

Chapitre II : La situation d'allaitement

1. La définition de la situation d'allaitement	39
2. Aperçu historique sur l'allaitement	40
3. L'épidémiologie de l'allaitement maternel et artificiel	43
3. 1. Au niveau mondial	43
3. 2. Au niveau national.....	45
4. Les types d'allaitement.....	46

4.1. L'allaitement maternel.....	46
4.2. L'allaitement maternel partiel ou allaitement mixte.....	46
4.3. L'allaitement artificiel.....	47
5. Les règles à respecter pour une bonne situation d'allaitement	48
5.1 La phase I : Avant l'allaitement	48
5.2. La phase II : pendant l'allaitement	48
5.3. La phase III : Après l'allaitement :.....	48

PARTIE PRATIQUE

Chapitre I : Méthodologie de la recherche

1. La méthode utilisée.....	50
2. La pré-enquête	51
3. Le lieu de recherche	53
3.1. La structure de chaque compartiment du foyer.....	54
3.2. L'équipe professionnelle.....	55
4. Le groupe d'étude	56
4.1. Les critères de sélection.....	56
4.2. Les critères non pertinent de sélection des bébé.....	57
4. 3.Les caractéristiques de la population d'étude	57
5. Les outils d'investigation.....	58

5.1. L'observation clinique	58
5.1. L'entretien semi-directif.....	60
6. Les difficultés rencontrées	62

Chapitre II : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

1. Présentation et analyse des cas	64
1.1. 1 ^{er} cas : Nourrice « A » Lydia + bébé « A » Kamelia	64
1.2. 2 ^{eme} cas : Nourrice « A » Lydia + bébé « B » Warda.....	67
1.3. 3 ^{eme} cas : Nourrice « B » Rachida + bébé « C » Karim.....	72
1.4. 4 ^{eme} cas : Nourrice « B » Rachida + bébé « D » Amina.....	78
1.5. 5 ^{eme} cas : Nourrice « C » Amel + bébé « E » Sabrina.....	80
1.6. 6 ^{eme} cas : Nourrice « C » Amel + bébé « F » Mouloud.....	86
2. Synthèse des résultats	88
3. Discussion des hypothèses.....	91

Conclusion générale

Liste bibliographique

Annexes

Introduction générale

[Tapez ici]

Introduction générale

Introduction générale:

Pour toute société véritablement humaine, préserver les droits des enfants privés de famille doit rester une préoccupation essentielle. La protection des enfants privés de famille est un droit qui doit être préservé par tous les moyens.

Depuis l'indépendance, l'Algérie a toujours tenté d'améliorer les conditions de vie des enfants en général et des enfants privés de famille en particulier. Les résistances de la société, ses tabous, ses interdits n'ont pas empêché des avancées appréciables dans ce domaine.¹

Certains travaux s'intéressent à l'organisation des interactions sociales tandis que d'autres traitent la question du rôle joué par les interactions dans le développement cognitif du bébé.² Une importance toute particulière est évidemment accordée aux interactions bébé-nourrice.

Du moment où l'essentiel des activités du nouveau-né consiste à dormir et à manger, bien que certains bébés passent près de huit heures éveillés. La satisfaction dominante concerne surtout les besoins digestifs.³ C'est pour cela que l'on va plus précisément s'intéresser à cette situation d'allaitement, qui représente le champ d'exploration idéal, afin de faire connaissance avec les différents modes d'interaction entre ces deux protagonistes qui interagisse et crée une véritable atmosphère de communication et d'échange verbaux et non-verbaux.

Nous assistons ces dernières années à des avancées percutantes au niveau des connaissances sur les meilleures pratiques en matière d'alimentation des nourrissons. L'information sur l'allaitement devrait s'appuyer sur des exemples d'allaitements réussis et découler de l'observation des sociétés humaine. Si chez nous plusieurs discours semblent pouvoir être tenus sur l'art et la manière d'allaiter (on parle parfois de "mode"), ailleurs dans le monde l'unanimité semble faite depuis longtemps. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF diffusent des recommandations internationales sur la meilleure façon d'alimenter les bébés et des conseils pratiques sur l'allaitement. Ces lignes s'appuient sur ces informations. Chaque femme peut souhaiter allaiter en suivant ses propres repères et s'adapter

¹ Professeur MOUTASSEM-MIMOUNI(B), Foyers pour enfants assistés, Etat des lieux et perspectives, UNICEF, SARL PRINTAL, Algérie, 2006, P6.

² DURAND (K), Le développement psychologique du bébé (0-2 ans), DUNOD, Paris, 2005, P94

³ DR MORAND DE JAUFFREY (P), La psychologie de l'enfant, MARABOUT, Belgique, 1995, P29

Introduction générale

à son environnement. Cependant, des règles communes et des conseils susceptibles de prévenir certaines difficultés sont bien souvent utiles.⁴

L'anamnèse des troubles graves du développement et de la personnalité laisse très fréquemment apparaître des particularités émotionnelles dans l'établissement des premiers liens bébé-adulte. Au niveau national, la nécessité d'une intervention très précoce permettant le dépistage puis la mise en place d'actions de remédiations s'est donc imposée au fil de l'acquisition des connaissances sur les interactions du bébé et son entourage. Veiller au lien bébé-nourrice fait ainsi partie des nouvelles missions de santé publique.

Notre grande préoccupation est de trouver les mesures, les mieux appropriées à ce phénomène complexe de manière à détruire ou à défaut à atténuer les facteurs négatifs et renforcer les positifs pour un mieux être de ces enfants.

Pour traiter un tel problème, nous avons adopté la démarche descriptive dans l'objectif de décrire la qualité des interactions bébé-nourrice pendant la situation d'allaitement.

Notre principale technique d'investigation est l'observation clinique choisie dans le but de recueillir un maximum d'informations sur les deux protagonistes de l'interaction. Les données de cette technique sont complétées par un deuxième outil d'investigation qui est l'entretien semi-directif.

Pour accomplir notre étude, le foyer pour enfants assisté de Bejaia a été notre terrain de recherche.

La présentation de cette étude s'articule autour de deux parties, une partie théorique dont le premier chapitre est consacré aux interactions bébé-nourrice, et le second porte sur la situation d'allaitement.

Ensuite une partie pratique qui décrit la méthodologie de recherche que nous avons menée auprès de notre population d'étude, suivie par la présentation, et analyse des résultats ainsi que les discussions des hypothèses.

Dans cette rencontre entre les deux partenaires que sont ce bébé et cette nourrice, il existe une infinie variété de relations témoignant ainsi de la singularité et de l'originalité de cette

⁴ <http://www.info-allaitement.org/regles-dor.html>

Introduction générale

dyade. Plutôt que de parler de « bonne » ou de « mauvaise » nourrice, j'évoquerais le concept de la qualité de ces interactions bébé-nourrice et plus particulièrement pendant la situation d'allaitement.

Le cadre de la méthodologie de recherche

Le cadre de la méthodologie de recherche

1. Problématique :

La naissance d'un bébé est marquée par sa totale dépendance à l'autre, qui lui procure les soins et interagit avec lui. Les échanges qui se produisent pendant la situation d'allaitement jouent un rôle très important dans le développement de l'enfant, car un bébé qui tète ne se nourrit pas seulement, mais rentre en interaction avec la personne qui lui procure ce soin. Quand il vient au monde, le jeune enfant n'est jamais asocial parce que la sociabilité trouve ses racines, dès les premiers moments de sa vie, dans les attachements humains.

Le bébé, a de tout temps été considéré comme un « tube digestif » passif devant toute stimulation. Les études récentes en psychologie du développement associées aux travaux d'éminentes psychanalyses d'enfants, ont bouleversé ces croyances en montrant combien le fœtus d'abord, puis le nourrisson et le jeune enfant, sont des êtres en interaction permanente avec leur environnement, et doués de compétences précoces spécifiques, notamment perceptivo-motrices, et possédaient une vie psychique propre à eux.¹

La perspective interactive a été considérée comme une véritable « révolution méthodologique » (Kreiser, 1990) dans l'approche du développement précoce. Cette démarche initiée par les travaux de Bowlby (1988) sur l'attachement (Lamour et Lebovisci, 1989 ; Kreiser, 1990) s'est inspirée du point de vue « communicationniste » centré non plus sur le sujet, mais sur les échanges entre individus et du point de vue « éthologiste » privilégiant l'observation du comportement. La perspective de l'interaction a conduit depuis quelques années à la multiplication des travaux sur les relations du bébé et de son entourage, modifiant ainsi l'ancienne image du nourrisson essentiellement passif pour imposer celle du bébé actif « compétent » et impliqué dans une conversation riche et diversifiée. Nous nous intéresserons ici plus spécialement aux interactions précoces du bébé avec la personne qui lui procure ses soins.²

La vie affective du bébé est organisée autour de la fonction alimentaire.³ L'alimentation a une double fonction : c'est un besoin physiologique indispensable à la vie et c'est une source de plaisir par l'excitation que provoque la succion du sein maternel, la déglutition du lait dans la bouche, le pharynx...ce plaisir est associé à la vue du visage maternel, au contact

¹ GUENICHE (K), *Psychopathologie de l'enfant*, 2^e Edition, Armand colin, Barcelone, 2007, P35.

² CHABROL (H), *Que sais-je ? Les dépressions de la maternité*, PUF, octobre 1998, p.56.

³ TOURRETTE (C), GUIDETTI (M), *Introduction à la psychologie du développement, Du bébé à l'adolescent*, 2^e édition, Armand colin, Paris, 2004, P72

Le cadre de la méthodologie de recherche

« peau à peau » entre la mère et l'enfant, aux caresses...c'est la fonction sur laquelle s'établi la relation mère-entant : l'alimentation se confond avec la mère et à travers les troubles de l'alimentation, nous pouvons y déceler les difficultés, les troubles de la relation mère-enfant.¹

Très tôt, le bébé imite sa mère ou la personne qui le sollicite. Si l'on observe un enfant quiète, on remarque qu'il ne quitte pas des yeux le visage de sa mère. En effet, téter est plus que s'alimenter, c'est incorporer, avec la nourriture, les autres sensations (tactiles, visuelles, auditives, olfactives) qui lui sont associées. Le bébé qu'on ne câline pas, avec lesquels on ne parle ni ne joue ne se développent pas normalement : ils sont souvent inertes, atones, ne manifestent aucun intérêt pour le monde qui les entoure et présentent toujours un important retard du langage.²

Pour les psychologues qui se rattachent aux théories pavloviennes, ou aux learningtheories, ce n'est ni la séparation d'avec la mère, ni l'absence maternelle qui engendrent les troubles, mais l'absence de stimuli adéquats et d'un apprentissage des réponses à ces stimuli.³

Pour l'américain A. GESELL, le développement psychologique est, à l'image du développement physique, essentiellement affaire de maturation et d'actualisation du potentiel génétique de l'individu en tant que membre d'une espèce spécifique donnée. S'il existe des différences entre les individus d'une même espèce, la marge de variation par rapport au déroulement du programme génétique est très limitée. L'environnement dans lequel grandit l'enfant n'intervient donc que modérément dans le déroulement des séquences développementales. On doit à Gesell les premières descriptions, très finement observées, des principales caractéristiques comportementales de chaque âge qui constituent la base des premières évaluations quantitatives du développement dans les premières années. Les stades qu'il a décrits dans le développement de l'enfant présentent un tableau très complet de l'évolution de l'enfant dans tous les domaines.⁴

Jean Piaget, le fondateur de la psychologie génétique et de la psychologie du nourrisson. Il présente une théorie générale de la connaissance en s'appuyant sur une description de la

¹ BENONY (Ch), GOLSE (B), Psychopathologie du bébé, Armand colin, Barcelone, 2005, p36.

² NORBERT (S), Dictionnaire de psychologie, IN EXTENSO, France, 2004, P182.

³ AJURIAGUERRA (J), Manuel de la psychiatrie de l'enfant, 2^e Edition, Paris, Masson, 1980, P408.

⁴ TOURRETTE (C), GUIDETTI (M), Introduction à la psychologie du développement, Du bébé à l'adolescent, 2^e édition, Armand colin, Paris, 2004, P8.

Le cadre de la méthodologie de recherche

construction de l'intelligence de la naissance à l'âge adulte. Piaget accorde une importance particulière au nourrisson. Selon lui, l'origine des premières connaissances se trouve dans les actions sensori-motrices du bébé. L'auteur consacre deux ouvrages au début de la vie : La naissance de l'intelligence (1936) et la construction du réel chez l'enfant (1937). La période qui s'étend de la naissance à 2 ans. Piaget décrit, à travers six sous-stades, comment se construit progressivement l'intelligence sensori-motrice fondée sur les actions et les manipulations du bébé sur les objets.¹

L'optique dans laquelle se place le français H. Wallon est beaucoup plus large que celle de Piaget: il ne se limite pas à l'étude de la genèse de la cognition mais veut englober l'ensemble du développement de l'enfant dans une même perspective intégrant aussi bien les aspects cognitifs que les aspects affectifs et sociaux de la personnalité de l'enfant, qui, pour lui, sont indissociables. Il considère en effet que l'enfant est un être social dès sa naissance (il utilise même l'expression génétiquement social) et qu'il construit progressivement son identité à travers ses relations à autrui. L'environnement dans lequel se développe l'enfant permet d'actualiser les potentialités qui résident dans son programme génétique en lui apportant au fur et à mesure des occasions d'exercer ses nouvelles capacités. On peut regretter que sa théorie du développement de l'enfant, plus globale que celle de Piaget, ait eu une moindre audience internationale.²

Les psychanalystes insistent au contraire sur l'importance de la relation précoce mère – enfant, mais ici encore les idées exprimées varient.³

La démarche de Sigmund FREUD, est tout à fait originale et se démarque nettement de celle des auteurs précédents. Sa théorie n'est pas née d'une observation directe, mais d'une reconstruction. Il retrace la genèse de la personnalité à partir de matériau clinique recueilli au cours de thérapies d'enfants ou d'adultes. Au départ de ses travaux, les individus qui constituent la base de ses élaborations théoriques sont plus souvent des patients en demande d'aide psychologique que des individus tout-venants (c'est-à-dire ordinaires et non pas forcément sans problèmes), on peut considérer que sa démarche relève de la psychologie génétique : c'est l'enfant qui explique l'adulte. Dans cette perspective, le rôle de l'environnement dans le développement devient prépondérant par rapport à celui de la

¹ DURAND (K), le développement psychologique du bébé (0-2 ans), Dunod, paris, 2005, P 45-46.

² TOURRETTE (C), GUIDETTI (M), Introduction à la psychologie du développement, Du bébé à l'adolescent, 2^e édition, Armand colin, Paris, 2004, P10.

³ AJURIAGUERRA (J), Manuel de la psychiatrie de l'enfant, 2^e Edition, Paris, Masson, 1980, P408.

Le cadre de la méthodologie de recherche

maturation. L'individu est façonné par ses expériences personnelles et les relations interpersonnelles qu'il a développées, en particulier pendant l'enfance, période de construction psychique intense.¹

Freud écrit ainsi que la personne qui s'occupe de l'enfant, généralement la mère, apprend à l'enfant à aimer et prépare ainsi l'adulte qu'il sera demain. Et que c'est finalement son devoir de le caresser, de l'embrasser, de le bercer, de lui adresser toutes les marques de tendresse qu'elle puise en elle pour en faire ainsi plus tard un être humain accompli... Ce que nous appelons aujourd'hui le maternage, Freud le présente donc comme quelque chose d'indispensable à l'équilibre futur de l'enfant, de la part des personnes qui s'occupent de lui. Il faut donc chercher ailleurs que chez le fondateur de la psychanalyse des critiques sur l'allaitement ou le maternage. Dans Trois essais sur la théorie sexuelle, Sigmund Freud considère le premier comme une norme et le second comme bénéfique et indispensable au développement psychologique de l'enfant. Pour psychanalyse, l'allaitement et le maternage font donc finalement bon ménage.²

Le psychologue René, Arpad Spitz de formation psychanalytique a démontré, expérimentalement, l'importance des échanges émotionnels qui s'effectuent entre le bébé et sa mère et le rôle vital du lien interhumain, à partir duquel s'effectue le « dialogue mère-enfant ». lorsque ce « dialogue » ne peut s'établir normalement, des troubles apparaissent chez le nourrisson, qui peut s'enfoncer dans la dépression anaclitique ou sombrer dans l'hospitalisme.³ Pour Spitz, la séparation de la relation mère – enfant s'établit autour de l'âge de 8 mois, signée par l'apparition d'angoisse à la vue de l'étranger et à la séparation d'avec la mère. La relation objectale est précédée d'une relation pré-objectale, à partir de laquelle elle se construit, la mère jouant à ce stade un rôle important par sa façon de communiquer avec son nourrisson.⁴ Selon, Spitz, le modèle théorique proposé par les éthologues pour les animaux pouvait donc permettre de rendre compte des comportements interactifs entre les humains, en particulier entre le bébé et sa mère. Quelle que soit la validité des expériences de

¹ TOURRETTE (C), GUIDETTI (M), Introduction à la psychologie du développement, Du bébé à l'adolescent, 2^e édition, Armand colin, Paris, 2004, P9.

² <http://www.illfrance.org/Maternage-developpement-des-bebes/Freud-la-psychanalyse-lallaitement-et-le-maternage.html>.

³ NORBERT (S), Dictionnaire de psychologie, IN EXTENSO, France, 2004, P253.

⁴ AJURIAGUERRA (J), Manuel de la psychiatrie de l'enfant, 2^e Edition, Paris, Masson, 1980, P408.

Le cadre de la méthodologie de recherche

Spitz, elles ouvraient la voie à l'idée que les interactions entre le bébé et sa mère, et plus généralement les interactions humaines, pouvaient faire l'objet d'études expérimentales.¹

Winnicott, de son côté, insiste sur le caractère symbiotique irremplaçable de la relation mère-enfant. La mère est douée d'une sensibilité particulière qui naît et se développe pendant la grossesse, lui permet ensuite de communiquer avec son enfant et de répondre de façon instinctive à ses besoins.² Quand Winnicott énonce qu'« un nourrisson tout seul, cela n'existe pas », il signifie par-là que non seulement un bébé tout seul ne survivrait pas compte tenu de son immaturité biologique et fonctionnelle, mais surtout que même s'il survivait, il ne serait pas en mesure, tout seul, d'assurer la mise en place de son appareil psychique. De nombreux travaux vont également dans ce sens, et notamment ceux de bion, qui, confirment l'intuition freudienne selon laquelle le bébé ne peut être conçu dans une coquille autistique, qu'à la condition d'inclure, dans celle-ci, les soins maternels eux-mêmes.³

Anna. FREUD fut une des premières analyses à consigner ses observations sur le comportement des jeunes enfants dans des situations de séparation, en collaboration avec D.BURLINGHAM, elle a présenté ses observations de façon extrêmes parlantes : « les réactions des enfants à cette époque de la vie sont particulièrement vives...et lorsque leurs besoin d'affection restent insatisfait, leur désir restent frustrés et les jettes dans des états de désespoir ». Lorsqu'elle essaie de relier les mouvements internes qui sous-tendent ces réactions à la séparation, elle va le faire en employant la notion de « peur à ce que les besoins corporels ne soient plus satisfaits », car elle pense que le nourrisson n'a pas d'autres besoins que ceux de son corps et que ce que progressivement qu'il va investir libidinalement cette personne qui satisfait ses besoins, la mère.⁴

La théorie de Bowlby intègre les connaissances de l'éthologie. Selon Bowlby, l'attachement serait un besoin social primaire non réductible à la satisfaction de besoins physiologiques autres, tels que l'alimentation, et perdurerait durant toute la vie. Le petit enfant serait programmé biologiquement pour développer une relation fondamentale marquée par la proximité physique avec une personne afin d'assurer sa survie, en raison de son immaturité. Dans cette perspective, cris, agrippement, foussement, exploration visuelle, contact par le regard seraient des comportements qui favoriseraient l'« attachement ». Bien

¹ MONTAGNER (H), L'attachement, Les début de la tendresse, Odile Jacob, OPUS, 2006, P 9.

² AJURIAGUERRA (J), Manuel de la psychiatrie de l'enfant, 2^e Edition, Paris, Masson, 1980, P408.

³ BENONY (Ch), GOLSE (B), Psychopathologie du bébé, Armand colin, Barcelone, 2005, p76.

⁴ ETCHEGOYEN (R.H), Los fundamentos de la psicoanalitica, Amorrortu ed, Buenos Aires, 1986.

Le cadre de la méthodologie de recherche

qu'étant disciple de Freud, Bowlby s'est détaché de ce courant de pensée et a élaboré la fameuse théorie de l'attachement. Bowlby (1969) a, ne l'oublions pas, fait resurgir les avatars de cette relation initiale mère-enfant en termes de carence, de séparation et de perte.¹ Selon Bowlby, l'attachement sélectif du bébé humain à sa mère (ou sa « mère de remplacement ») reposerait sur un phénomène analogue. Par comportement d'attachement, il entend tout comportement qui permet au bébé d'établir et de maintenir la proximité ou le contact avec sa mère. Il s'agirait d'un phénomène primaire spécifique, qui ne pourrait pas ne pas être, étant vital pour le bébé, au même titre que la respiration ou la satisfaction des besoins alimentaires. La réduction de la distance avec la mère et le maintien de la proximité avec elle aurait pour conséquence la réduction de la crainte et de l'anxiété chez le bébé, ce qui est contraire à la théorie psychanalytique, pour laquelle la réduction de l'anxiété est la cause et non la conséquence de l'attachement du bébé à sa mère.²

C'est à partir de nos observations sur le terrain et notre confrontation aux nourrices que nous avons exposé notre problématique sur la qualité des interactions avec les bébés chez ces dernières. A partir de ce qui précède, nous tenterons de répondre aux questions suivantes :

La question principale :

Comment sont elles les interactions bébé-nourrice pendant la situation d'allaitement?

Les questions secondaires :

Y-a-t'il une bonne ou une mauvaise interaction entre bébé-nourrice pendant la situation d'allaitement?

Dans quelles conditions les nourrices, peuvent-elles développer une bonne interaction avec les bébés ?

¹ ZAUCHE-GAUDRON (CH), Le développement social de l'enfant (du bébé à l'enfant d'âge scolaire), Dunod, Paris, 2002, P27.

² MONTAGNER (H), L'attachement. Les début de la tendresse, Odile Jacob, OPUS, 2006, P 11.

Le cadre de la méthodologie de recherche

2. La formulation des hypothèses :

Chaque recherche scientifique exige une question de départ et des hypothèses qui sont considérées comme des réponses provisoires auxquelles on doit confirmer ou infirmer à la fin de notre travail.

Pour répondre aux questions posées nous avons formulé les hypothèses suivantes :

-L'hypothèse principale :

-Les interactions entre bébé-nourrice pendant la situation d'allaitement se différencient d'une nourrice à une autre, et se déroulent dans une atmosphère positive.

- Les hypothèses secondaires :

-La qualité des interactions entre bébé-nourrice pendant la situation d'allaitement sont bonnes.

- Le climat professionnel et les conditions de travail sont des éléments qui contribuent à la qualité des interactions bébé-nourrice.

3- Définition et opérationnalisation des concepts clés :

3.1. Définition des concepts clés :

-Les interactions:

Le terme peut être employé en un sens plus général et s'appliquer aux cas où le degré de dépendance entre deux variables change pour des modalités ou des valeurs différentes d'une autre variable (ou d'une combinaison d'autres variables).¹

-Un bébé:

Étymologie Du nom Bébé donné en 1747 par le roi Stanislas Leszczyński à un nain qu'il avait comme bouffon, issu de babiller, babine et sous l'influence du mot anglais baby. Le terme bébé n'a pas été utilisé en français avant le XX^e siècle. Avant, on disait « nouveau-né », « nourrisson », voire « enfançon ». Littéralement, enfant qui vient de naître. Mais on appelle couramment « nouveau-né » le bébé des deux premiers mois jusqu'à l'âge moyen

¹ BLOCH (H), CHEMAMA (R), GALLO (A), LÉCONTE (P), LENY (J, F), POSTEL (J), MOSCOVICI (S), REUCHLIN (M), VURPILLOT (E), Grand dictionnaire de la psychologie, Larousse, MAURY, Bruxelles, 1992, P 394.

Le cadre de la méthodologie de recherche

d'extinction des principaux réflexes dit « archaïque ». Au sens premier, petit qui n'est pas sevré. L'évolution des modes et conduites alimentaires a affaibli cette acception et « nourrisson » est employé comme synonyme de « bébé », c'est-à-dire « enfant de moins d'un an encore incapable de déplacement autonome ». ¹

- Une nourrice :

Femme qui allaite un enfant. Historiquement, les nourrices allaitaient les enfants qui leur étaient confiés, d'où leur nom. L'existence des nourrices est attestée depuis l'Antiquité. Il était courant de faire appel à une nourrice, si la mère ne pouvait pas, ou ne souhaitait pas allaiter, par exemple en cas de naissances multiples ou de maladie².

- L'allaitement artificiel :

L'allaitement permet de nourrir le bébé de la façon la plus physiologiquement adaptée et le lait maternel semble être le meilleur car d'une part sa composition varie au cours de la tétée et d'autre part la transmission des anticorps maternels d'immuniser transitoirement le bébé contre de nombreuses maladies. ³ Mais dans certain cas on a recourt au a l'allaitement artificiel qui consiste a alimenté le bébé a l'aide d'un biberon remplie de lait industriel.

-L'interaction bébé-nourrice :

Le phénomène interactionnel est plus que la somme de ses parties : il est qualitativement distinct, produisant des effets différents. L'interaction sociale entre enfants ou entre enfant et adulte peut constituer un lieu privilégié de développement cognitif, surtout aux stades de construction d'une notion. Cette supériorité du groupe est d'autant plus forte que l'interaction est marquée par un conflit interindividuel, résultant de l'opposition de stratégies de résolution du problème posé.⁴

Nous insistons d'ailleurs sur l'importance des échanges socio-affectifs qui conditionnent la genèse et le développement des compétences de l'enfant. Ainsi, il est incontestable

¹ BLOCH (H), CHEMAMA (R), GALLO (A), LECONTE (P), LENY (J, F), POSTEL (J), MOSCOVICI (S), REUHLIN (M), VURPILLOT (E), Grand dictionnaire de la psychologie, Larousse, MAURY , Bruxelles, 1992, P524.

² Le dictionnaire Larousse classique, MAURY, Bruxelles, 1992, P524.

³ Dr MORAND de JOUFFREY (P), La psychologie de l'enfant, Marabout, Belgique, 1995, P84.

⁴ BLOCH (H), CHEMAMA (R), GALLO (A), LECONTE (P), LENY (J, F), POSTEL (J), MOSCOVICI (S), REUHLIN (M), VURPILLOT (E), Grand dictionnaire de la psychologie, Larousse, MAURY , Bruxelles, 1992, P 394..

Le cadre de la méthodologie de recherche

aujourd'hui que le très jeune enfant, certes vulnérable, est activement ouvert et réactif au monde et à autrui. Les influences réciproques entre le bébé et son entourage, notamment ses parents et particulièrement sa mère, concernent autant les comportements que les perceptions des protagonistes ; c'est ce que l'on nomme les interactions précoces parents-enfants.¹

3.1. Définition opérationnel des concepts clés :

- Définition opérationnelle de l'interaction:

C'est les différents échanges qui se déroulent entre deux ou plusieurs choses (objet, humain, sphère...), les échanges entre individus est une relation interpersonnelle qui est créée à travers une communication verbale et non verbale.

- Définition opérationnelle du bébé:

Un bébé est un très jeune enfant : ce peut être un nouveau-né ou un nourrisson, qui n'a pas atteint l'âge du sevrage.

- Définition opérationnelle du bébé:

C'est une assistante maternelle, autrefois appelée nourrice ou nounou, est une personne qui s'occupe contre rémunération d'un ou plusieurs jeunes enfants qui ne sont pas les siens sur une durée limitée dans le temps

-L'interaction bébé-nourrice :

L'interaction bébé-nourrice est le processus par lequel cette dernière entre en communication avec le bébé en lui adressant certains messages, le nourrisson répondant à ceux-ci par ses moyens propres. C'est une relation interpersonnelle entre deux individus au moins par laquelle les comportements de ces individus sont soumis à une influence réciproque, chaque individu modifiant son comportement en fonction des réactions de l'autre.

-Une bonne interaction bébé-nourrice :

Les interactions bébé-nourrice sont qualifiées de bonne et satisfaisante lorsque :

- La nourrice stimule le bébé d'une manière harmonieuse et synchronique, sans manque ou excès de stimulation ;

¹ GUENICHE (K), Psychopathologie de l'enfant, 2^e Edition, LIBERDUPLEX, Barcelone, Espagne, 2007, P35.

Le cadre de la méthodologie de recherche

- Réponse aux stimulations, par les partenaires ;
- Respecter les besoins du bébé (besoins satisfaits) ;
- La nourrice ne brouillant pas la communication ;
- Respecte la singularité et la particularité de chaque enfant ;
- Utilisé la douceur et des manières appropriées avec le bébé, et ne jamais utiliser la violence et brusquer le bébé ou le forcing ;
- Communiquer avec le bébé par les moyens suivants : auditifs, visuels, sensoriels, olfactifs et tactiles.
- Existence des échanges affective entre ce duelle et plus particulièrement, la nourrice doit avoir quelque marque d'attention et d'affection en vers le bébé.

-Une mauvaise interaction bébé-nourrice :

On peut dire que les interactions bébé-nourrice sont mauvaises ou insatisfaisantes lorsque :

- Il ya un excès de stimulations, ou le manque de stimulations ;
- Il ya pas de réponse aux stimulations, que sa soit par le bébé ou par la nourrice ;
- Le caractère de la nourrice est paradoxal, brouillant la communication ;
- La nourrice travaille d'une manière machinale sans respecter la singularité et la particularité de chaque enfant ;
- Utiliser la violence et brusquer le bébé ou le forcing ;
- Eviter de communique avec le bébé, et l'ignorer ;
- Eviter les marques d'attention et d'affection avec le bébé.

4- Les raisons du choix du thème

Les interactions du bébé-adulte fait couler beaucoup d'encre au cours des dernières décennies faisant l'objet de nombreuses recherches. Mais d'après nos lectures, un réel manque d'études sur ce phénomène a été constaté et plus particulièrement sur les interactions entre des bébés abandonner et leurs nourrice. Cela nous a poussés à aborder ce thème en vue d'apporter de nouvelles idées et de nouvelles connaissances.

Notre choix pour ce thème de recherche nous permettra de mieux saisir le profil de nourrice spécialisé sur bébés abandonnés, vu la rareté d'étude faite sur ce phénomène spécifiquement en Algérie et vise à attirer l'attention sur les phénomènes associés aux échanges qui se déroule entre bébé-nourrice, à nous poser un certain nombre de questions ainsi que l'impact que cela peut avoir sur le développement des bébés.

Le cadre de la méthodologie de recherche

5- Les objectifs de la recherche :

L'objectif principal de ce travail est d'approfondir notre analyse sur les interactions bébé-nourrice pendant la situation d'allaitement chez les bébés assisté de Bejaia.

-Etudier en détail en quoi consiste l'interaction bébé-nourrice pendant la situation d'allaitement.

-Percevoir les facteurs, et les conditions qui aident à faire l'apparition d'une bonne interaction bébé-nourrice pendant la situation d'allaitement.

- Observer et évaluer ces interactions chez notre population d'étude.

-Apporter un enrichissement vis-à-vis de ce phénomène de recherche afin de prévenir les risque d'une mauvaise interaction.

Partie théorique

[Tapez ici]

CHAPITRE I : Les interactions bébé-nourrice

[Tapez ici]

Chapitre I : Les interactions bébé-nourrice

Notre premier chapitre englobe les compétences des deux protagonistes de l'interaction bébé-nourrice, les différentes théories et études antérieures, les types d'interaction entre le bébé et son entourage, ainsi que les troubles interactifs précoces et leurs conséquences sur le développement du bébé.

1. Les compétences des deux protagonistes de l'interaction (bébé-nourrice):

1.1. Les compétences du bébé :

1.1.1. Le bébé avant la naissance (pendant la grossesse) :

C'est dans le ventre de la mère que le bébé développe différentes modalités sensorielles : le toucher, l'olfaction, la gustation, l'audition et enfin la vision. Certaines apparaissent très précocement comme le toucher ou le goût, d'autres se développent plus tardivement comme la vision, mais toutes sont fonctionnelles avant la naissance.

Le toucher est le premier des cinq sens à apparaître chez le fœtus, vers la 8^{ème} semaine de vie intra-utérine. Les fœtus perçoivent très bien le contact à travers la paroi abdominale et utérine.¹

L'audition joue un rôle essentiel ; En effet, elle est à l'origine de nombreuses relations entre le fœtus et le monde extérieur ; Elle est fonctionnelle à partir de la 25^{ème} semaine d'aménorrhée. Le bébé entend, avant tout, les bruits de fond provenant du ventre maternel (battements cardiaques, respiration, etc.). De nombreux bruits de la vie quotidienne tels que la musique ou la voix humaine, et en particulier ses caractéristiques prosodiques, ressortent du bruit endogène. La voix maternelle émerge mieux que les autres voix et Querleu² a prouvé que le fœtus est capable de reconnaître la voix de sa mère parmi d'autres. De plus, le fœtus a de multiples occasions de développer son odorat et son goût puisqu'il avale et inhale le liquide amniotique composé de nombreux acides et arômes provenant des aliments consommés par la mère.²

¹ MAISSE (S), PITOU (E), Impact sur le développement de l'oralité et l'évolution des interactions mère-enfant, Mémoire En vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie, Dirigé par : Professeur SIMON, UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY I, FACULTE DE MEDECINE DE NANCY, ECOLE D'ORTHOPHONIE DE LORRAINE, 2009, P 12.

² PIERAUT-LE BONNIEC (G), Connaître et le dire, Wavre, Mardaga, (1987), P53.

1.1.2 Le bébé après la naissance :

- **La vision**

A la naissance, l'acuité visuelle est faible : le bébé ne voit pas correctement les détails, il accommode peu et ne perçoit que les objets fortement contrastés. Toutefois, à partir de cette vision élémentaire, de nombreuses informations sont disponibles pour lui permettre de voir et de traiter les stimuli situés à faible distance de ses yeux. Il existe dès la naissance, une orientation préférentielle vers le visage et le regard de l'adulte lorsqu'ils se trouvent à une bonne distance proxémique des yeux de l'enfant. La maturation du système visuel est ensuite très rapide et vers 3-4 mois, la vision est suffisamment développée pour être une source de connaissance performante. L'une des premières caractéristiques de l'environnement à laquelle le bébé est sensible est le mouvement et selon Kellman (1993), la perception de celui-ci est une source d'informations essentielle pour permettre au bébé de structurer et d'organiser son environnement.¹

- **L'olfaction**

Les nouveau-nés sont très sensibles aux odeurs. Steiner (1979) a observé les mimiques pour cerner les capacités de discrimination de bébés de moins de 12 heures vis-à-vis d'odeurs jugées plaisantes et déplaisantes par des adultes. Les odeurs plaisantes provoquent une mimique de satisfaction et peuvent entraîner une activation orale. A l'inverse, les odeurs déplaisantes s'accompagnent d'une mimique de dégoût et le bébé peut même tourner la tête pour échapper à l'odeur. Ces données sont la preuve d'une sensibilité innée aux odeurs.²

En 1975, Mac Farlane a étudié le comportement de bébés de moins de 10 jours auxquels il a présenté simultanément, de part et d'autre de la tête, deux tampons de gaze dont l'un avait été en contact avec le sein maternel et l'autre était soit dépourvu de toute odeur corporelle, soit imprégné de l'odeur du sein d'une autre mère. Il a ainsi montré qu'une très grande majorité des bébés (17 sur 20 étudiés) orientaient la tête et le nez vers le tampon maternel. A l'âge de 6 jours, un nombre plus important de bébés (22 sur 32 étudiés) se tournaient plus longtemps vers le tampon imprégné de l'odeur du sein maternel. A 8-10 jours, ils étaient encore plus nombreux (25 sur 32). Cela nous prouve que les relations entre le bébé et sa mère sont, entre autres, tributaires de sécrétions odorantes. Ces études révèlent l'existence d'une sensibilité olfactive précoce, qui augmente au cours des jours suivant la naissance et qui se

¹ DURAND (K), Le développement psychologique du bébé (0-2ans), Paris, Dunod, 2005, P 55.

² MONTAGNER (H), L'attachement, les débuts de la tendresse, Paris, Odile, 1988, P 33.

caractérise par une habitude sélective à des molécules odorantes présentées de façon répétitive. La qualité et la quantité des stimulations corporelles, par le contact peau à peau entre la mère et son bébé, facilitent donc l'émergence et l'efficacité de la reconnaissance olfactive de la mère par son bébé. On comprend alors l'étendue de la privation pour un bébé séparé de sa mère dès sa naissance. ¹

- **La gustation**

Le nouveau-né, sur le plan gustatif, perçoit les quatre saveurs primaires (sucré, salé, acide, amer). La préférence pour le sucré est universelle et semble se maintenir tout au long de la vie. En revanche, les bébés ne semblent pas apprécier l'amer et y répondent par une mimique de dégoût. La première année de vie est une période très importante pour le développement de la sensibilité gustative. ²

- **L'audition**

Le nouveau-né est capable, dès les premières heures suivant l'accouchement, de tourner les yeux, parfois même la tête, dans la direction d'un son. Le nourrisson peut distinguer également des sons très proches par leur intensité et leur fréquence. C'est grâce à ces capacités qu'il va organiser son espace auditif. Par ailleurs, la voix humaine a des effets différents de ceux des autres sons. Elle suscite notamment plus facilement des sourires. De plus, dès la naissance, le bébé reconnaît très rapidement la voix maternelle pour laquelle il a une préférence. Le bébé est également particulièrement sensible à l'intonation, qui véhicule ce qui est de l'ordre de l'affectif. De plus, la capacité de discrimination des phonèmes de la langue peut être mise en évidence très tôt, dès le 4-5ème jour selon Mehler et coll. En observant le nombre de mouvements de succion d'une tétine, ces auteurs ont montré par exemple que /ba/ et /da/ sont différenciés par les bébés, ainsi que /ba/ et /bi/, etc. Dès l'âge de 1 mois, ils peuvent aussi distinguer le /p/ du /b/ par exemple. A partir de 2 mois, ils sont également capables de percevoir des différences de rythme dans une musique et de percevoir des changements dans une mélodie (par exemple, un changement de note ou de tonalité). ³

- **Le toucher**

Les interactions du nouveau-né avec ses congénères passent par de nombreuses stimulations tactiles positives (contact, caresses, bercement) qui constituent d'importants outils de communication. Tenu dans les bras de la personne la plus familière, souvent la mère,

¹ MONTAGNER (H), *L'attachement, les débuts de la tendresse*, Paris, Odile, 1988, P 34.

² DURAND (K), *Le développement psychologique du bébé (0-2ans)*, Paris, Dunod, 2005, P 48.

³ MAZET (P), STOLERU (S), *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, Paris, Masson, (2003), P 59.

le bébé épouse son corps et se blottit contre elle. Le toucher permet au bébé d'entrer en contact avec son environnement, d'appréhender les objets et d'élaborer son propre schéma corporel, lui permettant de reconnaître sa propre identité.¹

- **La coordination vision-audition**

En grandissant, le bébé associe ce qu'il voit à ce qu'il entend. Les voix humaines suscitent davantage de réactions que le bruit d'un hochet par exemple. A partir de 4 mois, les bébés sont également sensibles à la synchronie et préfèrent regarder une séquence filmée présentant une personne dont l'expression faciale correspond au ton de la voix entendue.²

- **La coordination vision-préhension**

A la naissance, le bébé attrape des objets par hasard et ne cherche pas à prendre les objets qu'il voit. La coordination vision-préhension se met en place seulement à partir de 5-6 mois et permet au bébé d'explorer efficacement son environnement. Il essaye alors d'attraper tous les objets qu'il voit à portée de main et porte à sa vue, tous les objets qu'il tient.³

1.2. Les compétences de la nourrice :

Un bébé ne peut se développer qu'avec la présence d'une mère ou d'un équivalent maternel, dont les capacités à penser le bébé, à le porter, à l'envelopper, vont avoir un impact sur son développement.⁴

Il faut à la nourrice une véritable capacité d'imagination intuitive qui lui permet d'accueillir les projections du bébé et d'être beaucoup plus qu'une source d'alimentation. Selon Winnicott, la mère s'adapte activement aux besoins du bébé, et au début, cette adaptation peut être totale.⁵

C'est notamment à travers le holding, manière dont l'enfant est porté, que la nourrice transmet à l'enfant toute sa capacité empathique et sa fonction de contenant pour lui donner un sentiment de cohésion. De plus, le holding signifie que la nourrice s'identifie à lui. Cette disposition de base crée une sorte d'empathie que Winnicott appelle « préoccupation maternelle primaire ».⁶

¹ DURAND (K), Le développement psychologique du bébé (0-2ans), Paris, Dunod, 2005, P 50.

² Ibid. P 59.

³ Ibid. P 59.

⁴ LEVY (D). Interactions précoces mères-nouveau-nés prématurés dans les premiers jours de vie : deux personnages en quête d'auteurs. Mémoire d'orthophonie, Nancy,(1999),P105.

⁵ WINNICOTT (D.W), Le bébé et sa mère. Paris, Payot, 1992.

⁶ LEVY (D), Interactions précoces mères-nouveau-nés prématurés dans les premiers jours de vie : deux personnages en quête d'auteurs. Mémoire d'orthophonie, Nancy. 1999.

De part ses compétences, l'enfant est constitué de manière à réagir à la voix humaine, au visage humain, aux actions et aux gestes humains. La présence maternelle ou de son substitue (nourrice) est nécessaire à la survie et au bon développement du bébé, essentiellement par l'amour et les soins qu'elle lui apporte.¹

2. Les différentes théories et études antérieurs :

La personne humaine, en particulier son visage, constitue pour le bébé un stimulus perceptif, cognitif et social particulièrement attractif et stimulant : elle produit des mouvements, du son, exprime des émotions, elle émet des signaux et répond aux émis par le bébé. En écho, l'équipement perceptif et neurologique du nouveau-né, bien que partiellement achevé, lui permet d'être tout à fait adapté à ses congénères. Sur la base de cette correspondance, le bébé interagit avec ses partenaires et communique. C'est à travers ces échanges avec le monde social que le bébé se construit et construit des connaissances à la fois sur les autres, sur lui-même et sur les objets physiques.²

Nous insistons d'ailleurs sur l'importance des échanges socio-affectifs qui conditionnent la genèse et le développement des compétences de l'enfant. Ainsi, il est incontestable aujourd'hui que le très jeune enfant, certes vulnérable, est activement ouvert et réactif au monde et à autrui. Les influences réciproques entre le bébé et son entourage, notamment ses parents et particulièrement sa mère, concernent autant les comportements que les perceptions des protagonistes ; c'est ce que l'on nomme les interactions précoces parents-enfants.³

2.1. Les théories sur l'attirance pour les stimuli sociaux :

Pour Wallon, l'établissement d'un contact social dès les premières minutes de vie est non seulement nécessaire à la survie du bébé mais constitue la base de son développement psychologique.⁴

Comme nous l'avons vu précédemment, le nouveau-né traite différemment les objets et les humains, il se montre particulièrement attiré par toutes les stimulations sociales, produites par les humains : visuelles, tactiles, auditives ou olfactives. Le visage constitue le principal stimulus qui attire les bébés. Dès les premières minutes de vie, le nouveau-né se révèle

¹ BRUNER (J), Comment les enfants apprennent à parler. Paris, Retz. 1999.

² DURAND (K), Le développement psychologique du bébé (0-2 ans), Dunod, paris, 2005, P83.

³ GUENICHE (K), Psychopathologie de l'enfant, 2^e Edition, LIBERDUPLEX, Barcelone, Espagne, 2007, P35.

⁴ DURAND (K), Le développement psychologique du bébé (0-2ans), Paris, Dunod, (2005), P85.

compétent pour traiter les visages et notamment pour les reconnaître ; Les stimulations tactiles constituent un des modes de communication privilégiés du bébé avec ses pairs. Le bébé sourit et vocalise davantage quand il voit le visage de la personne, qu'il entend sa voix et qu'il est touché.¹

Winnicott avait affirmé que « cette chose qu'on appelle un nourrisson, ça n'existe pas » pour exprimer que le nourrisson ne peut pas être considéré en dehors des soins qu'on lui donne et qu'une mère « suffisamment bonne » s'adapte aux besoins de l'enfant ; Les échanges précoces entre mère et enfant ont fait l'objet de nombreuses observations.²

2.1. La Théorie de l'Attachement :

L'être humain a besoin dès le plus jeune âge et tout au long de son développement d'un attachement privilégié envers une figure adulte qui l'élève, dans un sentiment de sécurité.

Freud écrit que la personne qui s'occupe de l'enfant, généralement la mère, apprend à l'enfant à aimer et prépare ainsi l'adulte qu'il sera demain. Et que c'est finalement son devoir de le caresser, de l'embrasser, de le bercer, de lui adresser toutes les marques de tendresse qu'elle puise en elle pour en faire ainsi plus tard un être humain accompli... Ce que nous appelons aujourd'hui le maternage, Freud le présente donc comme quelque chose d'indispensable à l'équilibre futur de l'enfant, de la part des personnes qui s'occupent de lui. Il faut donc chercher ailleurs que chez le fondateur de la psychanalyse des critiques sur l'allaitement ou le maternage. Dans *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Sigmund Freud considère le premier comme une norme et le second comme bénéfique et indispensable au développement psychologique de l'enfant. Pour psychanalyse, l'allaitement et le maternage font donc finalement bon ménage.³

La Théorie de l'Attachement a été développée par John Bowlby (1969). Bowlby est le premier à poser l'hypothèse que l'attachement de l'enfant à ses parents est un besoin primaire. Le bébé aurait des compétences innées appelées « comportements primaires d'attachement », qui engendreraient un lien vers la figure maternelle, non pas dans un but premier de satisfaire un besoin de nourriture mais bien parce que le besoin d'attachement correspondrait à un

¹ MAISSE (S), PITOU (E), Impact sur le développement de l'oralité et l'évolution des interactions mère-enfant, Mémoire En vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie, Dirigé par : Professeur SIMON, UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY I, FACULTE DE MEDECINE DE NANCY, ECOLE D'ORTHOPHONIE DE LORRAINE, 2009, P 12.

² Dr MORAND de JOUFFREY (P), La psychologie de l'enfant, Marabout, Belgique, 1995, P36-37.

³ <http://www.illfrance.org/Maternage-developpement-des-bebes/Freud-la-psychanalyse-lallaitement-et-le-maternage.html>.

déterminisme biologique. Il explique que tout enfant a besoin de construire un lien privilégié avec un adulte pour devenir capable d'autonomie.¹

Bowlby met ainsi l'accent sur la symbiose mère-enfant, mais s'inspirant des études des éthologues, il se demande s'il n'existe pas des interactions instinctives entre mère et nouveau-né, nécessaires au développement de celui-ci, les conduites innées disparaissant en cas de séparation. L'étude de son collaborateur Antony, Ambrose sur « la réponse par le sourire au visage humain » est une contribution à la vérification de cette théorie.² Bien qu'étant disciple de Freud, Bowlby s'est détaché de ce courant de pensée et a élaboré la fameuse théorie de l'attachement. Bowlby (1969) a, ne l'oublions pas, fait resurgir les avatars de cette relation initiale mère-enfant en termes de carence, de séparation et de perte.³ Le petit enfant serait programmé biologiquement pour développer une relation fondamentale marquée par la proximité physique avec une personne afin d'assurer sa survie, en raison de son immaturité. Dans cette perspective, cris, agrippement, foussement, exploration visuelle, contact par le regard seraient des comportements qui favoriseraient l'« attachement ». Bien qu'étant disciple de Freud, Bowlby s'est détaché de ce courant de pensée et a élaboré la fameuse théorie de l'attachement. Bowlby (1969) a, ne l'oublions pas, fait resurgir les avatars de cette relation initiale mère-enfant en termes de carence, de séparation et de perte. Selon Bowlby, l'attachement sélectif du bébé humain à sa mère (ou sa « mère de remplacement ») reposerait sur un phénomène analogue. Par comportement d'attachement, il entend tout comportement qui permet au bébé d'établir et de maintenir la proximité ou le contact avec sa mère. Il s'agirait d'un phénomène primaire spécifique, qui ne pourrait pas ne pas être, étant vital pour le bébé, au même titre que la respiration ou la satisfaction des besoins alimentaires. La réduction de la distance avec la mère et le maintien de la proximité avec elle aurait pour conséquence la réduction de la crainte et de l'anxiété chez le bébé, ce qui est contraire à la théorie psychanalytique, pour laquelle la réduction de l'anxiété est la cause et non la conséquence de l'attachement du bébé à sa mère.⁴

Quelques instants après la naissance, il existerait une empreinte, terme qui désigne la façon dont l'enfant mémorise son environnement et se base sur ces informations pour

¹ BOWLBY (J), *L'attachement* in *Attachement et perte*. Paris, PUF, (1978).

² AJURIAGUERRA (J), *Manuel de la psychiatrie de l'enfant*, 2^e Edition, Paris, Masson, 1980, P408.

³ ZAOUCHE-GAUDRON (CH), *Le développement social de l'enfant (du bébé à l'enfant d'âge scolaire)*. Dunod, Paris, 2002, P27.

⁴ MONTAGNER (H), *L'attachement, Les début de la tendresse*, Odile Jacob, OPUS, 2006, P 11.

catégoriser son monde. La mère et le père constituent alors des piliers qui permettent à l'enfant de se développer ; Le bébé naîtra ainsi avec un besoin primaire inné de contact social, d'échanges interpersonnels. Cela s'appuie sur la construction d'un lien d'attachement précoce et progressif, avec une figure d'attachement privilégiée, souvent la mère. Ainsworth nomme 4 caractéristiques qui déterminent les figures d'attachement :

- la recherche de proximité,
- la notion de base de sécurité qui permet à l'enfant d'explorer librement son environnement si sa figure d'attachement est présente,
- le comportement de refuge qui amène l'enfant à revenir vers la figure d'attachement en cas de perception d'une menace,
- les difficultés de séparation d'avec sa figure d'attachement.

Il est important pour l'enfant que cette figure d'attachement soit fiable dans la durée, c'est-à-dire qu'elle réponde à ses besoins psychologiques, à ses attentes. Il est également nécessaire que la figure d'attachement soit prévisible, que l'enfant sache qu'il pourra compter sur elle en cas de situation anxiogène. ¹

C'est pour évaluer la solidité de l'attachement entre le jeune enfant et sa mère, qu'Ainsworth et ses collaborateurs ont développé une situation expérimentale qualifiée de strange situation (situation nouvelle ou inconnue). La recherche consiste à étudier comment, dans le milieu familial, des enfants de moins de 1 an peuvent modifier leur comportement lorsque leur mère s'absente pendant un certain temps, alors qu'arrive une personne qu'ils ne connaissent pas. Ainsworth distingue alors différents types d'attachement :

- **attachement sécure** : après une période d'inquiétude, de peur, l'enfant recherche la proximité de la figure d'attachement.
- **attachement insécure évitant** : l'enfant évite la figure d'attachement lors des retrouvailles, il n'est pas capable de retrouver sécurité et confiance auprès de sa figure d'attachement.
- **attachement insécure ambivalent résistant** : alternance lors des retrouvailles entre recherche de proximité et éloignement. ²

L'hypothèse généralement admise est qu'un attachement sécurisé est nécessaire pour que les enfants soient libres d'explorer le monde environnant..., la relation entre l'attachement et l'interaction entre pairs nécessite l'intervention d'autres facteurs, à rechercher notamment

¹ CRUNELLE (D), L'attachement, y être attentif pour faciliter un meilleur développement du jeune enfant (0-3ans), Isbergues, Ortho Edition, 2008, P 27.

² MONTAGNER(H), L'attachement, les débuts de la tendresse. Paris, Odile Jacob, 1988, P 57.

dans l'histoire précoce des interactions mère-enfant. Ce faisant, les caractéristiques des relations d'attachement et de la compétence sociale entre pairs peuvent être modulées par les caractéristiques sous-jacentes de l'enfant (de type « tempérament »). Les résultats issus de certaines recherches suggèrent que dans la rencontre avec un nouveau compagnon, situation qui a tendance à générer de l'incertitude ou de la crainte, c'est la tonalité affective plus que la compétence du pair qui est la plus directement influencée par le modèle d'attachement. ¹

2.2. La Théorie des trois organisateurs de Spitz :

A chaque stade de son développement, l'enfant grandit dans ses interactions avec ses pairs : Spitz définit ainsi trois organisateurs marquant chacun une évolution, une « nouvelle étape » dans le développement du comportement de l'enfant ; à partir de la 8ème semaine, le sourire au visage humain apparaît.²

C'est le premier organisateur, il s'agit d'une réponse intentionnelle et dirigée, la première que l'on peut considérer comme sociale selon Spitz. En fait, le sourire est déclenché à la vue de ce que Spitz appelle « gestalt » : la reconnaissance de la configuration front – yeux – nez, pour n'importe quel visage présenté de face. Cependant, pour la dyade mère-nourrisson, le sourire de l'enfant prend un sens pour la mère qui réagit en conséquence. La répétition de ces expériences va permettre à l'enfant d'attacher du sens au signal qu'il émet. ³

Entre le 6ème et le 8ème mois, apparaît l' « angoisse du 8ème mois », l'enfant distingue les personnes familières et étrangères. Il réagit par des conduites exprimant une peur de l'étranger, un refus de contact avec lui. Selon Spitz, il s'agit non pas d'une réaction de déplaisir devant l'étranger mais d'une angoisse liée à l'absence de la mère. La mère est alors clairement identifiée parmi les personnes de l'entourage. ⁴

Le troisième organisateur apparaît entre 12 et 18 mois, il s'agit de l'acquisition du « non » que l'enfant dit ou exprime par un geste. Il s'agit de l' « instauration des échanges de messages, intentionnels, dirigés ; avec l'avènement de symboles sémantiques. » C'est l'origine de la communication verbale. ⁵

Le bébé est ainsi dès sa naissance un être social du fait qu'il est d'emblée plongé dans l'univers des autres être sociaux qui immédiatement lui offrent ses premières possibilités

¹ Ibid. P58.

² SPITZ (R-A), *La première année de la vie*, in *De la naissance à la parole*. Paris, PUF, 1968, p 68.

³ MAZET (P), STOLERU (S), *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, Paris, Masson, 2003, P142.

⁴ MAZET (P), STOLERU (S), *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, Paris, Masson, 2003, P142.

⁵ Ibid. P143.

d'interaction.¹ Les études sur les interactions face à face entre le bébé et sa mère ont donné lieu à de nouveaux concepts et à de nouvelles formulations théoriques, notamment dans le domaine de la psychanalyse.²

Pour Spitz, la séparation de la relation mère –enfant s'établit autour de l'âge de 8 mois, signée par l'apparition d'angoisse à la vue de l'étranger et à la séparation d'avec la mère. La relation objectale est précédée d'une relation pré-objectale, à partir de laquelle elle se construit, la mère jouant à ce stade un rôle important par sa façon de communiquer avec son nourrisson.³ Selon, Spitz, le modèle théorique proposé par les éthologues pour les animaux pouvait donc permettre de rendre compte des comportements interactifs entre les humains, en particulier entre le bébé et sa mère. Quelle que soit la validité des expériences de Spitz, elles ouvraient la voie à l'idée que les interactions entre le bébé et sa mère, et plus généralement les interactions humaines, pouvaient faire l'objet d'études expérimentales.⁴

3. Les types d'interaction entre le bébé et son entourage:

Le bébé produit plusieurs types d'interaction avec ses différents partenaires (sa mère, son père, nourrice, les enfants qui l'entourent ...etc.) ; et à différents moments de sa vie quotidienne.

Nous pouvons distinguer le plus souvent trois niveaux d'interaction, comportementale, affective et fantasmatique, dans une démarche allant des phénomènes observables aux mécanismes psychiques conscients, préconscients et inconscients qui les sous-tendent. Ces interactions représentent trois dimensions d'un même phénomène dont l'évaluation fait appel à une subjectivité croissante.⁵

3.1. Les interactions comportementales:

Elles se définissent comme l'ensemble des échanges directement observables entre le bébé et sa mère, se situant dans différents registres dont trois principaux : visuel, corporel et vocal. Dans l'interaction normale, la mère, sensible à l'aspect cyclique de la disponibilité du bébé, tend à adapter ses propres communications en fonction du rythme du bébé : la règle la plus importante pour le maintien d'une interaction semble être le développement par la mère

¹ ZAZZO (R), *Enfance éditorial*, tome : 42, n°1-2, 1989, P76

² MONTAGNER (H), *L'attachement*, Les débuts de la tendresse, Odile Jacob, OPUS, 2006, P108.

³ AJURIAGUERRA (J), *Manuel de la psychiatrie de l'enfant*, 2^e Edition, Paris, Masson, 1980, P408.

⁴ MONTAGNER (H), *L'attachement*, Les débuts de la tendresse, Odile Jacob, OPUS, 2006, P 9.

⁵ CHABROL (H), *Que sais-je ? Les dépressions de la maternité*, France, PUF, octobre 1998, p.56, 57.

d'une sensibilité pour la capacité d'attention de son bébé et pour son besoin de retrait partiel ou complet, après une période d'attention; Cependant, l'interaction normale n'est pas toujours parfaitement régulée. Certains auteurs ont constaté que des périodes de régulation satisfaisante alternaient avec des périodes d'inadéquation. ¹

3.1.1. Les interactions corporelles:

Le contact physique permet au bébé de différencier précocement le soi et le non soi dans la distinction toucher et être touché. C'est ce que Winnicott illustre avec les concepts de holding et de handling qui, selon lui, favoriseraient l'émergence d'un sentiment de sécurité et un sentiment continu d'exister. Ajuriaguerra a baptisé dialogue tonique ces ajustements corporels spontanés qui caractérisent une interaction de qualité et seraient le prélude au dialogue verbal ultérieur ; Pour Bullinger, lors du dialogue tonique, l'adulte métabolise les variations toniques qui pourraient désorganiser l'enfant et donne du sens à ces signaux. Ce mode de régulation, dans l'interaction, suppose que l'enfant soit équipé pour susciter et recevoir les signaux propres à ce dialogue et que le milieu soit susceptible de produire les signaux ajustés. ²

3.1.2. Les interactions visuelles :

La vision est la modalité sensorielle la plus étudiée, la plus connue et celle à partir de laquelle l'être humain retire le plus d'informations sur son environnement. D'ailleurs, les connaissances générales que nous possédons de la perception au cours de la première année de la vie sont souvent issues d'études réalisées en vision. A la différence des autres modalités sensorielles, sa mise en service est tardive et brutale. C'est, en effet, la dernière à « entrer en scène » puisqu'elle ne commence véritablement à s'exercer qu'à partir du moment où l'enfant vient au monde. A la naissance, elle se caractérise par d'importantes limites : le nouveau-né voit mal. Son acuité visuelle est faible (le nouveau-né ne perçoit pas correctement les détails), il accommode peu et ne perçoit pas correctement les détails), il accommode peu et ne perçoit que les objets fortement contrastés. Toutefois, à partir de cette vision élémentaire, de nombreuses informations sont disponibles pour lui permettre de voir et de traiter les stimuli

¹ ROCHER-BARRAT (C), La maternité adolescente : « les aléas du lien », Mémoire de DESS de psychologie clinique et pathologique, Université Charles de Gaulle - Lille III, 2004, P 25.

² LENSEELE (U), Repérer dès la maternité les difficultés d'instauration des premiers liens mère-enfant: étude d'une « grille d'évaluation de la qualité des premiers liens » à la maternité Jeanne de Flandre, Mémoire En vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie, Dirigé par : LEMAÎTRE (V), pédopsychiatre, hôpital Michel Fontan, CHRU de Lille, Université de Lille 2 droit et santé, 2011, P 24.

situés à faible distance de ses yeux. La maturation du système visuel est ensuite très rapide et vers 3-4 mois, la vision est suffisamment développée pour être une source de connaissances performante. L'une des premières caractéristiques de l'environnement à laquelle le bébé est sensible est le mouvement. Selon Kellman (1993), la perception du mouvement est une source d'informations essentielle pour permettre de structurer et d'organiser l'environnement.¹

C'est pour cela, le contact œil-œil est important dans la formation du lien précoce car il contribue grandement à l'émergence du sentiment de maternalité et à la construction psychique du bébé.²

4.1.3. Les interactions vocales :

L'audition du bébé est une modalité sensorielle qui est bien développée in utero. Le milieu maternel est loin d'être silencieux. Le fœtus peut entendre deux sources de bruits : des bruits biologiques provenant du ventre maternel (battements cardiaques, respiratoire, gastro-intestinale...), du placenta et du fœtus et des bruits provenant de l'extérieur. La plupart des bruits extérieurs (de plus de 60 dB) ne sont pas masqués par les bruits de fond du milieu intra-utérin et sont entendus par le fœtus. A naissance, le bébé est un auditeur très performant : il perçoit correctement les sons et organise son espace auditif. Cette première forme d'organisation se manifeste à travers la capacité du bébé à localiser un son, les nourrissons orientent leur têter dans la direction de la source auditive, y compris lorsqu'ils sont dans le noir complet.³

L'interaction vocale elle s'agit, également, de la capacité de la mère à attribuer une signification aux cris du bébé, pour, en apportant une réponse adaptée, faire cesser les pleurs. Cette capacité participe à la naissance d'un sentiment de sécurité de l'enfant. On entend par interactions vocales la façon dont la mère s'adresse au bébé mais aussi les cris et les pleurs du bébé qui constituent un véritable "cordon ombilical acoustique". Ils déclenchent des affects intenses avec un sentiment d'urgence qui pousse la mère à agir et à mettre un terme à l'état de détresse supposé. Le bébé par ses cris et ses pleurs déclenche l'interaction. Le ressenti des parents dépend de la durée et de la fréquence des pleurs, ils peuvent aussi provoquer un sentiment d'incompétence chez leurs parents. Les mères, quant à elles, vont utiliser le

¹ DURAND (K), le développement psychologique du bébé (0-2 ans), Dunod, paris, 2005, P 54-55.

² LENSEELE (U), Repérer dès la maternité les difficultés d'instauration des premiers liens mère-enfant: étude d'une «grille d'évaluation de la qualité des premiers liens» à la maternité Jeanne de Flandre, Mémoire En vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie, Dirigé par : LEMAÎTRE (V), pédopsychiatre, hôpital Michel Fontan, CHRU de Lille, Université de Lille 2 droit et santé, 2011, P 24.

³ DURAND (K), le développement psychologique du bébé (0-2 ans), Dunod, paris, 2005, P 52-53.

mamanais ou « parler bébé » (motherese, en anglais) pour s'adresser au nourrisson. Le bébé est influencé par la prosodie du langage: le rythme, le timbre, les intonations et non par le contenu du discours, inaccessible à sa compréhension. Le « parler bébé » (simplification syntaxique, répétition des mots, lenteur, augmentation de la hauteur du timbre) selon Stern est adapté à l'âge de l'enfant. Ainsi, chez le nouveau né, les pauses silencieuses sont plus longues que l'émission langagière, le rythme est régulier, en phase avec celui du bébé. ¹

3.2. Les interactions affectives:

L'étude des communications non verbales a permis de commencer à comprendre les mécanismes qui sous-tendent les échanges affectifs de la mère et du bébé. L'observation des interactions a permis de préciser le phénomène «d'accordage affectif» : au comportement maternel d'imitation reproduisant dans le même canal l'expression affective du bébé s'ajoute, quand le bébé est proche de neuf mois, la transposition intermodale où l'expression du bébé est reproduite par la mère sur un ou plusieurs autres canaux. Par exemple, à un geste du bébé répondra une vocalisation de la mère, d'amplitude et de durée similaire. L'étude de l'accordage et de ses déviances peut ainsi aider à percevoir comment les désirs, les peurs, les fantasmes des parents influencent leurs relations au bébé et le développement de l'enfant. ²

Selon l'expression de Lebovici (1983), dans les six premiers mois, mère et bébé vivent dans un «bain d'affects». Winnicott (1974) a décrit les phénomènes de sécularité où le bébé retrouve chez sa mère en miroir ses propres affects, se percevant lui-même à travers les états affectifs qu'il déclenche chez sa mère. Très souvent, la mère ressent empathiquement l'état affectif de son bébé et lui en propose une sorte d'interprétation qu'elle exprime par sa mimique, ses vocalisations, ses gestes. Ces phénomènes caractérisent également l'interaction père-bébé. L'évaluation des interactions affectives a été d'une part abordée en se basant sur l'évaluation subjective exprimant le vécu empathique de l'observateur, d'autre part, en tentant de développer une évaluation plus objective sur les comportements. ³

¹ LENSEELE (U), Repérer dès la maternité les difficultés d'instauration des premiers liens mère-enfant: étude d'une «grille d'évaluation de la qualité des premiers liens» à la maternité Jeanne de Flandre, Mémoire En vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie, Dirigé par : LEMAÎTRE (V), pédopsychiatre, hôpital Michel Fontan, CHRU de Lille, Université de Lille 2 droit et santé, 2011, P 25.

² ROCHER-BARRAT (C), La maternité adolescente : « les aléas du lien », Mémoire de DESS de psychologie clinique et pathologique, Université Charles de Gaulle - Lille III, 2004, P 26.

³ Ibid. P 25.

Les interactions affectives découlent de l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère. Pour Donald Winnicott, les soins maternels présupposent l'identification de la mère au nourrisson c'est-à-dire que la mère dispose d'une capacité particulière d'empathie qui lui permet de savoir ce dont le nourrisson a besoin. C'est la préoccupation maternelle primaire. La mère a, selon Winnicott, fonction de miroir.

Après quelques temps, en regardant le visage de la mère, le nourrisson pourra y reconnaître l'expression de son visage à lui. Toutefois, il n'est pas toujours facile pour la mère de jouer ce rôle. Dans ce cas, la capacité créative de l'enfant s'atrophie, le début d'un échange avec le monde extérieur n'est pas possible.¹

2.3. Les interactions fantasmatisques :

L'influence réciproque de la vie psychique de la mère et de celle de son bébé, est à l'origine de ce type d'interactions qui font appel à la propre histoire des parents et à leurs relations avec leurs propres images parentales.²

Bien avant sa naissance, l'enfant a une histoire, fruit des fantasmes élaborés par chacun de ses parents sur lui, « bébé fantasmatisque » construit dans la tétée de ses parents bien avant sa conception, sa gestation et sa naissance ; précisément, les interactions fantasmatisques de la mère et du père à l'égard de leur progéniture à naître sont riches (Lebovici, 1983).³

Pour S. Freud, représentation, scénario imaginaire, conscient (rêverie), préconscient ou inconscient, qui implique un ou plusieurs personnages et qui met en scène de façon plus ou moins déguisée un désir. Le fantasme est à la fois effet du désir archaïque inconscient et matrice des désirs, conscients et inconscients, actuels.⁴

Au début, le bébé a besoin d'un autre pour penser ses propres perceptions, d'un autre qui lui prête en quelque sorte son « appareil à penser les pensées » (Bion, 1962). Tout seul, il serait à nu et directement confronté au monde environnant et, de ce point de vue, la capacité

¹ GOLSE (B), Le développement affectif et intellectuel de l'enfant: compléments sur l'émergence du langage, 4ème édition, Masson, Paris, 2008, P 25.

² LENSEELE (U), Repérer dès la maternité les difficultés d'instauration des premiers liens mère-enfant: étude d'une «grille d'évaluation de la qualité des premiers liens» à la maternité Jeanne de Flandre, Mémoire En vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie, Dirigé par : LEMAÎTRE (V), pédopsychiatre, hôpital Michel Fontan, CHRU de Lille, Université de Lille 2 droit et santé, 2011, P 25.

³ GUENICHE (K), Psychopathologie de l'enfant, 2^e Edition, LIBERDUPLEX, Barcelone, Espagne, 2007, P36.

⁴ BLOCH (H), CHEMAMA (R), GALLO (A), LECONTE (P), LENY (J, F), POSTEL (J), MOSCOVICI (S), REUHLIN (M), VURPILLOT (E), Grand dictionnaire de la psychologie, Larousse, MAURY , Bruxelles, 1992, P 301.

de pensée intervient alors comme moyen de filtrage ou de tamisage étant entendu que l'appareil psychique ne peut travailler que sur de petites quantités d'énergie (Freud, 1911). Autrement dit encore, le système pare-excitation de l'enfant se montre d'emblée double : une partie est prise en charge par l'adulte qui assure la fonction maternante (holding, protection...) tandis qu'une autre partie est prise en charge immédiatement par le bébé lui-même à travers la régulation de ses états de vigilance, grâce à ses processus d'habituation bien mis en évidence par l'échelle d'évaluation néo-natale de Brazelton (1983) et également par le biais de ses capacités précoces de proto-représentation mentale qui lui assurent une rencontre médiatisée avec les objets externes.¹

Si l'influence de l'imaginaire et des fantasmes maternels sur l'interaction et le développement du bébé fait l'objet d'un certain consensus, par contre, l'interaction fantasmatique suscite un débat qui divise le monde analytique. On a pu mettre en doute la réalité de l'existence de la vie fantasmatique du bébé dans les premières semaines et les premiers mois, son rôle dans le développement du bébé, la réalité et le mécanisme de l'influence des fantasmes du bébé sur l'interaction ; et enfin la possibilité de les évaluer par l'observation de la relation. La grossesse, l'accouchement puis la présence du bébé bousculent et déstabilisent les aménagements défensifs de la mère comme du père et réactivent brutalement les problématiques insuffisamment élaborées. Les conflits œdipiens et les conflits archaïques sont ravivés et peuvent s'externaliser dans la relation au bébé. Cramer (1990) souligne le rôle de la projection dans ce mouvement d'externalisation. Ces mécanismes de projection impliquent le bébé dans les « scénarios imaginaires ». Le bébé est ainsi engagé « dans des scénarios familiaux » par la « transmission transgénérationnelle » d'un mandat « familial » (Lebovici, 1991). Ces projections se manifestent par la façon dont les parents – la mère ici – ressentent et interprètent le comportement du bébé. Le parent projette sur le bébé un aspect d'une personne importante de son passé qu'il avait introjecté et il va alors reproduire avec le bébé un aspect des relations passées avec cette personne. Le comportement à l'égard du bébé va refléter les conflits infantiles auxquels cette personne du passé était liée. Les pulsions qui étaient en jeu et les défenses qui s'établissaient contre-elle. Le sens du

¹ BENONY (CH), GOLSE (B), *Psychopathologie du bébé*, Armand colin , Barcelone, Espagne, 2005, P25.

comportement parental peut-être saisi au cours de ce que Cramer (1995) appelle «des séquences interactives symptomatiques ». ¹

L'évaluation indirecte des fantasmes parentaux peut recourir à l'entretien avec les parents recueillant leur histoire, l'histoire de la famille, du couple, de la grossesse, de l'accouchement, des premières semaines et des premiers mois du bébé et les associations de pensée, les rêves et les rêveries qui y sont liés. Dans les interactions fantasmatiques au cours des premiers mois, il paraît cliniquement plus important d'évaluer l'influence des fantasmes parentaux sur les représentations qu'ils ont du bébé et de ses comportements interactifs et de repérer leurs influences négatives sur la relation et le développement psychique du bébé. Il en reste pas moins que le concept sur les interactions fantasmatiques propose une approche stimulante des origines de la vie psychique et ouvre une voie féconde pour les thérapies mère-bébé. ²

4. Les troubles interactifs précoces et leurs conséquences sur le développement du bébé :

4.1. La souffrance à travers le corps :

4.1.1 Les désordres psychosomatiques du bébé :

Le concept de désordre psychosomatique est initialement lié à une absence d'élaboration psychique : ne pouvant se conflictualiser psychiquement, les excitations engendrent une sorte de destructivité. Cela correspond à l'analyse initiale faite par Freud, du concept de névrose et des symptômes qui y sont associés. Les désordres psychosomatiques sont l'expression à travers le corps d'une détresse psychique. ³

L'école de psychosomatique propose que le symptôme ne soit pas seulement le symptôme du bébé, mais celui de la dyade, voire de la triade. Il s'inscrit dans les interactions parents-bébé, le bébé raconte avec son corps quelque chose de son histoire et de celle de ses parents. Le symptôme est vécu dans un contexte d'angoisse, avec souvent une impression d'incompétence du parent. Ce dernier craint une transmission transgénérationnelle d'un symptôme redouté, pouvant aller jusqu'à le programmer inconsciemment.

¹ LENSEELE (U), Repérer dès la maternité les difficultés d'instauration des premiers liens mère-enfant: étude d'une «grille d'évaluation de la qualité des premiers liens» à la maternité Jeanne de Flandre, Mémoire En vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie, Dirigé par : LEMAÎTRE (V), pédopsychiatre, hôpital Michel Fontan, CHRU de Lille, Université de Lille 2 droit et santé, 2011, P 26.

² Ibid. P 27.

³ FREUD (S), RENAULD (D), MANNONI (O), Inhibition, symptôme, angoisse, Payot, Paris, 2014,

Il semblerait que les angoisses parentales souvent cantonnées au niveau somatique traduisent un défaut de mentalisation des parents. Le bébé au travers de ses symptômes exprime alors au dépens de la dyade ou de la triade, ce que les parents mentalisent mal. Winnicott a aidé à la compréhension de ces dysfonctionnements interactifs dans « *La haine dans le contre-transfert* » (1947), évoquant les 17 raisons que peut avoir la mère de « haïr » son bébé. Cette « haine » est souvent déniée par les parents, ce qui les empêche d'accéder à la souplesse et à l'équilibre de leur ambivalence naturelle. ¹

Parmi ces désordres psychosomatiques des premiers mois, la liste est exhaustive, nous allons donc nous concentrer sur quelques situations cliniques.

- **Les troubles de l'alimentation :**

L'alimentation est non seulement un besoin physiologique, mais elle est associée aux relations précoces. Ainsi, lorsque l'on observe des troubles de l'alimentation, on peut y déceler des troubles de l'interaction parent-enfant.

- Le reflux gastro-oesophagien (RGO) :**

Il s'agit du trouble alimentaire le plus fréquent de la petite enfance, pouvant toucher actuellement un enfant sur cinq. Il se caractérise par une remontée anormalement fréquente du contenu gastrique dans l'œsophage, sans effort de vomissement (même si les régurgitations et les vomissements peuvent coexister). Le RGO est une maladie depuis peu d'années, ce symptôme ayant été surmédicalisé, notamment en lien avec l'amalgame longtemps fait entre RGO et mort inattendue du nourrisson. Dans le cas du RGO, l'angoisse de mort est au premier plan, les parents craignant une suffocation, une dénutrition. ²

- L'anorexie mentale :**

Elle correspond à un refus de la nourriture, sans qu'une cause organique n'ait été retrouvée. Elle peut être très précoce (ce qui est associé à une forme sévère), ou alors plus tardive, vers le deuxième semestre (plus fréquente). L'anorexie primaire peut se déclarer dès la naissance, elle se caractérise par l'inappétence du nourrisson qui se détourne du sein ou du biberon. Cela peut être lié à une réaction de l'enfant à l'angoisse maternelle, ou bien aux difficultés maternelles à reconnaître les besoins de son enfant. Il est donc capital de ne pas effectuer de forçage alimentaire, le traitement consistera au soutien de la relation mère-enfant, notamment à travers un portage physique et psychique suffisamment contenant pour le bébé.

¹ WINNICOTT (DW), *La haine dans le contre-transfert. De la pédiatrie à la psychanalyse*, Issy-les-Moulineaux, France, Payot, 1989, p. 72.

² MISSONNIER (S), BOIGE (N), «*Je régurgite, donc je suis* » : *Vers une approche psychosomatique du reflux gastro-œsophagien du nourrisson (RGO)*, *Devenir*, 1999,11(3):51-84.

Cette anorexie est rare, mais très grave, on la constate parfois à postériori dans les antécédents d'enfants psychotiques. ¹

-Le mérycisme :

Il correspond à une attitude de rumination des aliments de l'estomac qui sont rapportés dans la bouche, remâchés, puis avalés de nouveau. Il peut avoir lieu à tout âge, mais chez le bébé, il s'observe surtout au deuxième semestre. Il s'installe progressivement, suite à des expériences de vomissements ou de régurgitations. Cliniquement, ces bébés ont un appétit correct, voire vorace et sont complètement accaparé par leur activité de rumination, dans un repli excluant du monde extérieur et avec des yeux vagues, un « regard radar ». ²

-Le Kwashiorkor :

La kwashiorkor est une complication grave de la malnutrition, qui a été initialement observée dans les années 1930 en Afrique chez des jeunes enfants, pour lesquels le risque létal était important. Au Ghana, l'ensemble du mot signifie « premier-second », ce qui renvoie au statut du premier enfant victime de désaffection quand un deuxième arrive ; l'aîné est délaissé et sevré rapidement de sa mère. Ce syndrome peut être interprété comme une anorexie mentale, une dépression ou un désordre psychosomatique. ³

- **Les troubles du sommeil :**

Le nouveau-né requiert environ 19 h de sommeil par jour et à l'âge d'un an, il a toujours besoin d'une quinzaine d'heures de sommeil avec deux siestes par jour. Les premières semaines, il effectue des cycles de sommeil de trois à quatre heures, avec donc nécessairement des réveils nocturnes, au moins les deux premiers mois, la stabilisation des rythmes veille-sommeil se met en place entre le 2e et le 4e mois. Le sommeil n'est pas simplement une fonction neurophysiologique, il dépend des soins maternels, sa mère est la « gardienne » de son sommeil. ⁴

¹ POINSO (F), VIELLARD (M), DAFONSECA (D), SARLES (J), Les anorexies infantiles : de la naissance à la première enfance, Arch Pédiatrie, 2006;13(5): P469.

² BENONY-VIODE (C), GOLSE (B), Psychopathologie du bébé, Armand Colin, 2007, P127.

³ WINNICOTT (DW), La haine dans le contre-transfert. De la pédiatrie à la psychanalyse. Issy-les-Moulineaux, France: Payot, 1989, P 82.

⁴ BENONY-VIODE (C), GOLSE (B), Psychopathologie du bébé, Paris: Armand Colin, 2007, P 127.

-Insomnies et troubles de l'endormissement :

Les insomnies précoces des premières semaines sont de plus en plus fréquentes, elle sont souvent le signe d'un ajustement difficile entre un nouveau-né sensible et une mère qui n'est pas suffisamment assurée dans sa fonction maternelle. Elles pourraient également constituer les prémices de la psychose ou de l'autisme. En effet, des formes sévères d'insomnie sont retrouvées lorsque l'on écoute le récit de parents d'enfants présentant un trouble envahissant du développement. Certains racontent que leur enfant ne dormait pas la nuit, ou très peu, qu'il n'était « qu'un cri », tandis que d'autres décrivent un bébé qui pouvait passer une grande partie du jour et de la nuit avec des yeux grands ouverts, dans une « grande insomnie silencieuse ». ¹ Il est d'ailleurs intéressant de constater que ces descriptions faites par les parents ont souvent fait, à tort, l'objet de banalisation par des professionnels de santé, alors qu'au final, ce sont presque toujours les parents qui ont raison dans la souffrance qu'ils décrivent chez leur bébé. ² L'insomnie commune du premier semestre est beaucoup plus fréquente et moins inquiétante dans ses manifestations, elle se caractérise par des périodes de sommeil courtes, avec des réveils et des cris fréquents. Le cycle veille-sommeil du bébé est en effet à mettre en lien avec la satisfaction de ses besoins : la faim provoque le réveil, tandis que la satiété amène à l'endormissement. Ce type d'insomnie accompagne la maturation neurophysiologique, et se calme souvent par un simple bercement, la succion, un contact corporel, la satiété et une voix apaisante. L'insomnie apparaissant à partir de la deuxième année caractérise l'angoisse de séparation présente à cette période : des troubles de l'endormissement apparaissent avec des peurs d'être seul dans sa chambre ou dans l'obscurité. Des rituels d'endormissement permettent alors à l'enfant de se rassurer seul, à travers un espace transitionnel (peluche, pouce, vérifications sous le lit, dernier verre d'eau). « L'insomnie joyeuse » se rencontre souvent dans un climat de dépression maternelle ou chez des enfants psychotiques. L'enfant rie, vocalise pour retenir l'attention de son entourage, l'endormissement est difficile, le sommeil est agité et le réveil est précoce. Selon Houzel, cette insomnie serait une défense maniaque, selon la terminologie kleinienne, pour dénier la rupture avec le monde environnant. Il est d'important de prendre en charge ces troubles du sommeil de manière rigoureuse, car le sommeil, est un des indicateurs les plus sensibles de l'équilibre du nourrisson et il reflète aussi la qualité des interactions et de la contenance dont

¹ Ibid, P127.

² DELION(P), Dépistage et prise en charge précoces des troubles autistiques de la petite enfance. L'évolution Psychiatrique, 2004, 69(4): P649.

il bénéficie la journée. Si aucune étiologie organique n'est retrouvée, ces troubles relèvent donc de la pathologie psychosomatique et nécessitent une prise en charge médicale, psychologique et éducative. ¹

-Cauchemars et terreurs nocturnes :

Dès le deuxième semestre, on peut observer un épisode aigu nocturne, ressemblant à un état de confusion hallucinatoire, l'enfant hurle, paraissant se débattre contre les objets de son hallucination. A son réveil, l'enfant a une amnésie de la crise et présente des signes neurovégétatifs (sueurs, tachycardie, polynée, contractions musculaires). Un facteur déclenchant à rechercher est le traumatisme psychique de la première enfance, car des interventions thérapeutiques précoces peuvent éviter l'apparition de conséquences durables. ²

- **Les troubles de la régulation tonique (trouble du développement psychomoteur):**

Selon A. Bullinger, le moi se construit de la tête vers les pieds, dans un environnement stable sécurisé et contenant. La première année de vie est consacrée par le bébé à l'édification d'une construction corporelle et du monde qui l'entoure. ³

Le développement du bébé s'opère selon plusieurs espaces successifs dans le temps :

- l'utérus : la première tendance du fœtus est à l'extension, mais l'utérus le replace dans une position regroupée, lui permettant d'explorer les différentes parties de son corps. Il s'agit de la première forme de dialogue. Cette première forme de dialogue interactif se constate par la perception des mouvements actifs fœtaux par la mère quand elle dit pour la première fois « ça y est, il bouge », le mouvement du fœtus traduisant l'investissement objectal de la mère de ce bébé qui n'est plus uniquement imaginaire.

-la maîtrise de la sphère orale : le fœtus construit initialement sa zone érogène orale autour des fonctions de nutrition et d'exploration, lui procurant du plaisir et de l'apaisement. Un des paradigmes de cette fonction d'apaisement est le réflexe de succion du bébé qui dès la naissance quand il est mis sur le ventre de sa mère, se dirige vers son sein, comme s'il s'agissait d'une programmation génétique. Ce réflexe pourrait être intégré dans les préceptes de la théorie de l'attachement. ⁴

¹ BENONY-VIODE (C), GOLSE (B), Psychopathologie du bébé, Paris: Armand Colin, 2007, P127.

² BAUBET (T), TAIEB (O), PRADERE (J), MORO (M-R), Traumatismes psychiques dans la première enfance. Sémiologie, diagnostic et traitement, EMC – Psychiatrique, 2004,1(1), P17.

³BULLINGER (A), La genèse de l'axe corporel, quelques repères, Enfance, 1998 ,51(1), P 28.

⁴ BULLINGER(A), Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Eres , 2013, 248 p.

- la maîtrise du buste : il s'agit de l'équilibre antéropostérieur qui s'établit au cours du premier trimestre de vie. Le bébé tient sa tête et l'oriente de manière volontaire pour l'exploration visuelle et auditive. A la naissance en effet, la posture du bébé montre une tendance à l'hypotonie du tronc et à une hypertonie des membres, ce qui lui donne un aspect regroupé. Le redressement du bébé et sa tenue en équilibre témoigne de la mise en place de la musculature assurant la flexion.

- l'équilibre entre les deux hémicorps : lors du premier semestre, le bébé coordonne l'action main-bouche, ce qui permet ensuite la conscience de chaque main. Le bébé fait transiter les objets entre les deux hémicorps en passant par la bouche, puis ce passage se fait directement de main en main, libérant la bouche qui, investit alors la communication orale. ¹

Pour comprendre les échanges interrelationnels sur le plan corporel entre une mère et son bébé, la notion de « dialogue tonique » est essentielle. Elle a été proposée par Wallon à partir du concept de « réactions tonico-émotionnelles »(1970), puis développée par Ajourriaguerra (1974) et correspond à la manière dont le bébé est tenu, soutenu par son parent et sa manière d'y répondre. Ce dialogue tonique est dynamique, car le parent s'ajuste à son enfant, selon qu'il manifeste ou non des signes d'inconfort. ²

Ainsi, lorsque l'on s'intéresse au tonus d'un bébé, on étudie à la fois ses structures anatomiques de base, mais également son engagement dans la relation aux autres, ses mouvements. C'est en effet sur la base du tonus que s'observe le contact à l'autre, qui peut être dans une émotion et désir de partage ou bien dans un évitement par des mouvements de retrait. Le dialogue tonique place l'expérience du corps au cœur de la communication affective au sein d'une relation avec autrui. ³

4.2. La souffrance psychologique:

La souffrance psychologique du bébé se manifeste par un retrait relationnel qui semble être un signal d'alarme nécessitant une prise en charge très précoce du bébé présentant des signes de souffrance psychique. Deux principales entités nosologiques se dégagent du tableau

¹ Ibid. 248 p.

² LIVOIR-PETERSEN (M-F), Le dialogue tonico-émotionnel : un gué permettant au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme. *Contraste*. 1 juin 2008, N° 28-29(1), P61

³ LIVOIR-PETERSEN (M-F), Le dialogue tonico-émotionnel : un gué permettant au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme. *Contraste*. 1 juin 2008, N° 28-29(1), P61

de retrait relationnel : il s'agit des dépressions du bébé et des bébés à risque autistique. Nous allons en exposer les spécificités cliniques au travers du spectre du retrait relationnel.

4.2.1. Les dépressions précoces :

Le terme de dépression issu de la psychiatrie adulte, renvoie à la notion de perte d'objet, comme Freud l'avait utilisé dans « Deuil et Mélancolie ». ¹

Il semble difficile d'utiliser cette notion chez le bébé, dans la mesure où la différenciation entre l'intra et l'extra psychique est parfois loin d'être achevée.

Ce terme, s'il a été retenu chez l'enfant par Kreisler, c'est en fonction d'analogies cliniques, notamment l'expression des émotions de tristesse, que l'on peut percevoir très précocement chez le bébé. ²

Selon Kreisler, le noyau symptomatique s'organise autour de l'atonie psychique, du retrait interactif, du ralentissement psychomoteur et de la désorganisation psychosomatique. Ces symptômes sont décrits en fonction du vécu contre transférentiel du praticien, le ralentissement psychomoteur pouvant être lié à une asthénie et le retrait d'origine psychique, neurologique (épilepsie), ou douloureux. Le vécu contre transférentiel dépend des conditions étiologiques qui président à l'instauration de ces tableaux symptomatiques. ³

Ces dépressions du bébé peuvent s'observer en réponse à la douleur, à des pathologies chez des bébés hospitalisés, ou en réponse à une dépression maternelle mais aussi des troubles graves de la relation parent-enfant. Cependant, les dépressions maternelles n'induisent pas que des dépressions du bébé et ces dernières ne sont pas dues uniquement à des dépressions maternelles, on ne peut pas mettre en avant un déterminisme linéaire. ⁴

4.2. 2. Les bébés à risque autistique :

Selon le CIM-10 (Classification internationale des maladies), L'autisme infantile est caractérisé par un développement altéré, manifeste avant l'âge de 3 ans ; et une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants : Les interactions sociales réciproques, de la communication, ainsi que le comportement au caractère restreint, répétitif et stéréotypé. Le trouble s'accompagne souvent de nombreuses autres manifestations non spécifiques, par exemple des phobies, des perturbations du sommeil et de l'alimentation, des crises de colère et des gestes auto-agressifs.

¹ FREUD (S), Deuil et mélancolie, Paris, Payot, 2011. P 96.

² KREISLER (L). La dépression du nourrisson. Revu Pédiatrie. 1984; P189.

³ Ibid. 191.

⁴ BENONY-VIODE (C), GOLSE (B), Psychopathologie du bébé. Paris, Armand Colin, 2007, P127.

Selon le DSM-IV-TR (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), Les caractéristiques essentielles du trouble autistique sont un développement nettement déficient de l'interaction sociale et de la communication, et un répertoire considérablement restreint d'activités ou d'intérêts. Les manifestations du trouble varient selon le stade de développement et l'âge chronologique du sujet.

Selon CFTMEA-R 2012 (Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent - R2012), L'autisme infantile précoce, type Kanner (1.00) est défini par : un début, généralement au cours de la première année avec présence des manifestations caractéristiques avant l'âge de 3 ans ; l'association de : troubles majeurs de l'établissement des relations interpersonnelles et des relations sociales, altération qualitative de la communication (absence de langage, troubles spécifiques du langage, déficit et altération de la communication non verbale), comportements répétitifs et stéréotypés avec souvent des stéréotypies gestuelles, intérêts et jeux restreints et stéréotypés, recherche de l'immutabilité (constance de l'environnement), troubles cognitifs. ¹

Souvent, ce sont les parents qui interpellent les structures de soins, face à vécu d'absence de partage émotionnel et de communication avec leur enfant, disant de ce dernier qu' « il est dans sa bulle », mettant en avant un trouble de l'interaction.

Les symptômes les plus fréquemment retrouvés dans les antécédents d'enfant présentant un trouble du spectre autistique sont :

-entre zéro et six mois : indifférence au monde sonore (entraînant souvent un bilan de surdité), anomalies du regard (strabisme, regard périphérique), anomalie du comportement (bébé trop calme ou trop agité), trouble du sommeil ou de l'alimentation, absence d'attitude anticipatrice et trouble de la motricité et du tonus, renvoyant l'impression d'un bébé difficile à porter.

-entre six et douze mois : développement d'attitudes bizarres avec des activités solitaires (jeux de doigts devant les yeux, balancements, stéréotypies), détournement des objets pour une autre utilisation, absence d'intérêt porté pour les personnes (utilisées parfois comme objet partiel), peu ou pas de vocalisations, confirmation des troubles moteurs et toniques.

-entre un et deux ans : le trouble majeur est l'absence de développement du langage. Les stéréotypies se majorent et l'indifférence pour les personnes contraste avec des fascinations pour des lumières, des jeux d'ombre, des formes, des mouvements. Des attitudes d'automutilations peuvent aussi s'observer. ²

¹ <http://www.has-sante.fr/portail/plugins/pdf>.

² DELION (P), BEUCHER (A), BULLINGER (A), CAREL (A), Collectif. *Les bébés à risque autistique*. Paris, Erès; 2008.

CHAPITRE II : La situation d'allaitement

[Tapez ici]

Chapitre II : La situation d'allaitement

Notre deuxième chapitre englobe quelques définitions des concepts clés, Aperçu historique sur l'allaitement, L'épidémiologie de l'allaitement maternel et artificiel, au niveau mondial et au niveau national, et enfin les types d'allaitements.

1. Définition de la situation d'allaitement :

L'allaitement est une situation privilégiée, au cours de laquelle s'édifie un lien psychologique irremplaçable.¹

La position dans laquelle la maman et le bébé sont installés est importante (ou nourrice de substitue). Le bébé doit pouvoir ouvrir sa bouche facilement sans faire d'effort afin de pouvoir attraper et sucer le sein (ou le biberon) facilement. Pour le confort du bébé et celui de la maman (la personne qui lui procure ses soins) afin de permettre au bébé d'être plus à l'aise, pour qu'il tète bien.²

Les comportements alimentaires contribuent non seulement à la croissance, mais s'inscrivent de façon plus générale dans des actes sociaux de communication. C'est en ce sens que sont souvent interprétés les troubles d'alimentation des bébés : anorexie (refus de s'alimenter), avec vomissements ou mérycisme (difficulté à avaler la nourriture que l'on garde dans la bouche), ou, plus rare à cet âge, boulimie (manger au-delà de ce qui est nécessaire). Les premiers échanges mère-enfants sont multi-sensoriels et passent par les contacts cutanés, les regards et (pour la mère) par la parole, mais ils passent aussi par l'alimentation qui est un moment privilégié d'échanges entre la mère et son enfant. Pendant de longues années, voire pendant toute la vie, les repas sont des moments importants d'échanges familiaux et sociaux. Les mécanismes de régulation alimentaire, qui permettent à l'individu d'adapter ses comportements alimentaires à ses besoins peuvent être ainsi par des facteurs environnementaux.³

A un autre niveau, l'allaitement (au sein ou au biberon) constitue l'une des modalités essentielles de l'interaction nourrice-bébé dans la mesure où il met en jeu un ensemble de vecteurs de communication très riches et complexes : la posture, le regard, le toucher, la

¹ NORBERT (S), *Dictionnaire de psychologie*, IN EXTENSO, France, 2004, P17

² <http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/95-allaitement-maternel>

³ TOURRETTE (C), GUIDETTI (M), *Introduction à la psychologie du développement, du bébé à l'adolescent*, 2eme Edition, ARMAND COLIN, Paris, 2004, P45.

parole et les expériences gustatives et olfactives ; l'allaitement étant qualitativement conditionné par les capacités de la nourrice à s'adapter efficacement à son bébé, et d'une certaine façon réciproquement ! Ce dialogue tonique, comme le nomment Wallon & Ajuriaguerra, évolue après l'accouchement et dans le meilleur des cas vers une interaction harmonieuse.¹

2. Aperçu historique sur l'allaitement :

L'Allaitement maternel est un processus très ancien qui date de plus de deux cents millions d'années. Il utilise le lait des animaux domestiques depuis seulement 11 000 ans et l'allaitement artificiel proprement dit ne date que de 70 ans.² Cela fait des millions d'années que l'enfant humain est nourri au lait de mère pendant de longs mois, voire des années. C'était la seule possibilité de survie pour les enfants et l'allaitement faisait partie du rôle économique et social de la femme. Dans l'histoire de l'humanité toute une série de pratiques était citée ; étant supposées donner un lait abondant : infusion de plantes diverses, invocation à sainte Agathe, port de bijoux d'agate, boisson de bière de nourrice, etc.³

L'allaitement a toujours existé, depuis la création des hommes jusqu'à aujourd'hui. Dans l'antiquité, ère gréco-romaine, les mythes de l'antiquité font référence à l'allaitement maternel : Héra, femme de Zeus, nourrit l'univers créant la voie lactée. Clytemnestre, Andromaque ou encore Jocaste ont donné le sein. Eurélide évoque dans ses pièces, à plusieurs reprises, le contact corps à corps de la mère et de son enfant et l'odeur si particulière de l'aréole du sein. Chez les grecs, les vertus du lait maternel sont reconnues par les membres du corps médical tel Hippocrate. Les mères donnent le sein. Mais tous les autres soins de puériculture sont dispensés par les servantes. On retrouve aussi des ancêtres de nos associations actuelles d'allaitement: chaque année les mères se regroupaient pour honorer les Kouratophois, divinités nourricières, ce culte permettait aux mères d'échanger des conseils, des remèdes ... leur expérience.⁴

Ainsi, en 3000 avant Jésus Christ., dans le Proche-Orient, des durées d'allaitement de 3 ans sont mentionnées (Egypte, les Hébreux). En Inde entre 1500 et 800 avant J.C, un allaitement exclusif d'un an est recommandé, suivi d'un allaitement complété jusqu'à deux

¹ GUENICHE (K), *Psychopathologie de l'enfant*, 2eme Edition, ARMAND COLIN, Barcelone, 2007, P38.

² MACADAM (S), *Breastfeeding, biocultural perspective*. *Dettwyler*, 1995, P 256.

³ MESLIN (M), *Un don biblique. Autrement*, 1994 :398 p.

⁴ MAISSE (A), *L'allaitement maternel : Vers une homogénéité des pratiques au CHU de Caen en 2012*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de Sage-femme, Dirigé par : Mme ASSIMINGE (A, F), sage-femme, Ecole de Sages-femmes de Caen, 2013, P 5.

Chapitre II | La situation d'allaitement

ans et enfin d'un sevrage progressif. Pour la civilisation grecque (1000-400 avant J.C), les contrats pour nourrices mentionnent un allaitement exclusif de 6 mois. Au IIe siècle dans le monde grec, romain et arabe, les médecins recommandent d'allaiter jusqu'à trois ans (figure 01). Le Talmud pour les Juifs (532 av. J.C.), et le Coran pour les Musulmans (VIIe siècle) recommandent d'allaiter deux ans ¹

Du début des temps jusqu'à la fin du XIXe siècle, les nouveau-nés qui n'étaient pas nourris au sein de leur mère étaient fort peu nombreux. Ceux à qui cela devait arriver, comme les enfants des reines Egyptiennes, des Romaines aisées et des nobles femmes, se voyaient généralement confiés à une nourrice. Celle-ci devait être choisie avec soin, par souci de transmettre ses qualités et ses défauts à l'enfant par l'intermédiaire de son lait. Il était donc primordial de s'assurer de sa bonne santé physique et mentale ainsi que de sa moralité. ²

L'avènement du christianisme impose de nouvelles règles qui éloignent le nourrisson de sa mère. En effet l'allaitement n'est pas compatible avec la reprise des rapports sexuels au risque de gâter le lait. Le choix de la nourrice est donc imposé par le père. La mise en place d'une tierce personne à l'allaitement, la nourrice, s'est d'abord inscrite dans le système de solidarité féodale : le paysan nourrit le seigneur qui en retour le protège, la paysanne nourrit le riche bambin qui, par sa mère, assume ses fonctions de bienfaisance. ³

Jusqu'à la fin du moyen âge, la mise en nourrice ne concerne que les milieux dirigeants. ⁴ Puis l'essor des villes change ces relations. La ville amène de nouveaux modes de vie. Face à la saleté omniprésente, les enfants qui meurent dans les rues, les riches décident d'envoyer leurs enfants à la campagne chez des nourrices. D'ailleurs on retrouve ces idées chez de grands auteurs, ainsi Montaigne (1533-1592) considère la simplicité de la vie rustique comme bienfaisante pour les petits enfants, préférable à l'agitation des grandes villes. Ces nouveaux modes de vies tendent à diminuer la relation charnelle et affective de l'enfant et sa mère. En effet, le voyage jusqu'à la campagne étant long et inconfortable, les citadines voient rarement leur enfant. Pourtant au XVIème siècle, de nombreux médecins font éloges de l'allaitement par la mère. L'allaitement est source de plaisirs des sens et du cœur. ⁵

¹ GUIDETTI (M), *Enfance d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui*. Armand colin, 1997,146 p.

² FILDES (V), *The cultural and biology of breastfeeding: anhistorical review of western europel*. *Dettwyle*, 1995,163 p.

³ THOUVILLE (E), SOULE (M), *L'allaitement maternel : une dynamique à bien comprendre*, Edition Eres, 2007, 304p.

⁴ LETT (D), De MORET (M-F), *Une histoire de l'allaitement. Edition de la marinière*, 2006, 159p.

⁵ PARE (A), *Deux livres de chirurgie, de la génération de l'homme, & manière d'extraire les enfants hors du ventre de la mère*. WECHER (A), Paris, 1573, 619p.

Chapitre II | La situation d'allaitement

L'utilisation de lait de vache plus ou moins modifié date de la fin du XIX^e siècle, aboutissant à une baisse très sensible de l'allaitement maternel, le taux le plus bas étant vers les années 1960. Depuis, ce taux semble à nouveau augmenté, mais reste très variable selon le pays (seulement 7 % en Grande-Bretagne contre 64 % en Norvège).¹ A la fin du XIX^e siècle, les médecins comprennent la qualité du lait maternel, la quantité bue par le nourrisson et la physiologie du sein, de nouvelles règles apparaissent : ne pas donner le sein quand il pleure, pas plus de 6 tétées de 15 min par jour, la nuit 6 à 8h de repos complet ... Allaiter n'est plus un plaisir décrit par Amboise Paré, ce n'est plus une édification morale énoncée par Rousseau, mais d'avantage une technique d'hygiène, codée, minutée et répétitive. En 1919, ouvre la première école de puériculture (fondation Franco-américaine). Le divorce entre le savoir empirique des femmes, intuitif et traditionnel et le savoir objectif et novateur de l'Homme bouleverse. Les femmes de classe aisée ont des difficultés à prendre confiance en elles. Une partie du corps médical les conforte dans leur manque de confiance. Pour exemple, il est reconnu que « les seins sont souvent atrophiés chez les femmes qui travaillent cérébralement »

Le début du XX^e siècle est marqué par un déclin de l'allaitement maternel. La disparition des nourrices, la découverte de la pasteurisation, l'introduction du lait de vache concentré en poudre, la modernisation de la vie, le travail des femmes, les intérêts commerciaux de l'industrie alimentaire (« business » de l'alimentation artificielle) sont autant de raisons à ce déclin.² Les années après la seconde guerre mondiale sont aussi en défaveur de l'allaitement maternel. De nombreux facteurs expliquent la diminution de la pratique de l'allaitement maternel. D'une part l'accouchement à l'hôpital associé au manque de temps du personnel soignant (du fait d'un rythme des naissances soutenu : le « baby boom ») permet peu de souplesse dans l'organisation avec des règles codées par le corps médical : jeûn de 24 heures après la naissance pour l'enfant (les effets du colostrum ne sont connus qu'en 1970), tétée de 15 minutes toutes les 3 heures³ . D'autre part, les mouvements féministes pour l'égalité de la femme : accès à la contraception, liberté dans l'activité professionnelle ... veulent se démarquer de l'image de la femme allaitante et maternelle.⁴

¹ <http://fr.wikipedia.org/wiki/Allaitement>

² THOUEILLE (E), SOULE (M), L'allaitement maternel : une dynamique à bien comprendre. Edition Eres, 2007, 304p

³ Rayer L. Féminisme et allaitement maternel en France, des années 1850 à l'an 2000. 2^eme Journée Normande d'allaitement, Caen, 15 novembre 2012, 45-57

⁴ ANAES. Recommandations professionnelles, recommandation pour la pratique clinique de l'allaitement maternel mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. Mai 2002.

L'assemblée générale de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a recommandé en mai 2001 un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie et la poursuite de cet allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans voire plus en fonction du désir de la mère. ¹

Les avancées scientifiques en matière d'allaitement maternel ont été considérables ces 50 dernières années et de nombreux bénéfices lui ont été reconnus tant au niveau de la santé, de la nutrition, de la protection contre les infections virales et bactériennes et du développement de l'enfant. Il existerait un rôle préventif à plus long terme en ce qui concerne certaines pathologies chroniques comme le diabète ou l'hypertension artérielle. Ce serait les enfants nourris au sein au moins 6 mois qui profiteraient de ces avantages. De plus, son bénéfice est reconnu en ce qui concerne la santé des mères et l'organisation de leur vie quotidienne. L'avantage de l'allaitement maternel est certain au niveau social et économique et il pourrait sauver 1 à 2 millions de vies par an dans le monde. ²

3. L'épidémiologie de l'allaitement maternel et artificiel:

3.1. Au niveau mondial:

Depuis un demi-siècle sous l'effet de la culture du biberon, la fréquence et la durée de l'allaitement maternel ont diminué progressivement. Toutefois, depuis vingt ans, un retour en force de l'allaitement maternel est constaté, aux Etats-Unis et dans les pays nordiques grâce à différents facteurs comme : une meilleure sensibilisation des familles aux bienfaits du lait maternel; une promotion pour ce mode d'alimentation ; une formation plus approfondie des personnels de santé ; un soutien des mères au retour de la maternité; et également un certain courant écologiste.³

La prévalence de l'allaitement au sein après trois mois, est plus élevée en Afrique, et en Asie du sud-est, et plus faible en Europe, et dans les Amériques⁴. Dans la région des Amériques, à 12 mois, près d'un enfant sur deux est encore nourri au sein dans les zones

¹ OMS (Organisation mondiale de la Santé), La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, Genève, 2001.

² TRIAA BENHAMMADI (I), Les déterminants du choix du mode d'allaitement ; Étude prospective auprès de 111 femmes à la maternité de Max Fourestier de Nanterre, Thèse pour le doctorat en médecine, Université Paris Diderot, Paris 7, Faculté de médecine, Dirigé par Dr SANTANA (P), 2009, P7

³ CESBRON (P), KNIBIEHLER (Y), La naissance en Occident, Albin Michel, 2004, P564.

⁴ CAZALS (R), Des étrangères dans la France de Vichy, Taillandier, 2004, P223.

Chapitre II | La situation d'allaitement

rurales, alors que 16% seulement des enfants des villes sont encore allaités au sein au même âge. Si le retour en force de l'allaitement se fait sentir un peu partout au Canada, il semble moins important au Sud. Les dernières statistiques de l'Académie américaine de pédiatrie (AAP), qui remontent à 1995, montrent que seules 60% des Américaines allaitent leur bébé à la naissance et que ce pourcentage chute radicalement à 21% après quatre mois. En Europe, l'allaitement de longue durée est plus fréquent chez les mères économiquement favorisées et instruites et la situation varie énormément d'une contrée à une autre.¹ Ce sont les Norvégiennes et les Suédoises qui sont considérées les importantes pratiquantes de l'allaitement avec un taux pouvant atteindre les 98% au cours des premiers mois, près de 50% des Norvégiennes allaitent encore leur bébé de neuf mois, les Françaises, arrivent dernières avec un peu moins de 50%.² Un mois après leur sortie de l'hôpital, seules 30%, des Françaises poursuivent dans cette voie, après le deuxième mois ; il en reste à peine 5 à 10%.³

Dans les pays en voie de développement, la situation se dégrade malgré les efforts d'information; d'éducation et de formation développés en faveur de l'allaitement maternel ; mais aussi comme moyen complémentaire de planification familiale.⁴ Dans ces pays l'allaitement maternel est plus élevé dans les zones rurales que dans les zones urbaines, par exemple, au Nigeria, le pourcentage d'enfants complètement nourris au sein à 1 mois va de 68% dans un village à moins de 1% dans l'élite urbaine de la ville d'Ibadan, les mères allaitent longtemps ou pas du tout; par exemple, au Niger, au Nigeria, au Côte d'Ivoire, à Haïti, en Thaïlande, et au Cameroun, moins de 10% des femmes choisissent de donner le sein à leur enfant, alors que les Rwandaises, les Ethiopiennes, les Ougandaises, les Egyptiennes et les Chinoises, allaitent dans plus de 60% des cas, et ce pendant au moins un an⁵ lorsque ces femmes émigrent, elles limitent considérablement la durée de leur période d'allaitement, quand elles ne choisissent pas d'opter tout simplement pour les laits maternisés⁶ En effet, aux yeux de la plupart des immigrantes et des réfugiées.

¹ TILLIER(A), Des sources pour l'histoire des femmes, Bibliothèque nationale de France, 2004, P 368.

² CARON-LEULLIEZ (M), Histoire d'une révolution oubliée, Atelier, 2004, P135.

³ BEAUDRY (M), Recrée une culture de l'allaitement maternel dans le monde et au Québec, Acfas, 1998, P 521.

⁴ MACADAM (S), Breastfeeding, biocultural perspective. *Dettwyler*, 1995, P 273.

⁵ American Academy of Pediatrics , Infant feeding practices *Paediatrics*, 1994, P 137

⁶ CESBRON (P), KNIBIEHLER (Y), La naissance en Occident, Albin Michel, 2004, P564

3.2. Au niveau national:

Quant à l'Algérie, au cours de la première décennie de l'indépendance, certaines études réalisées ont révélé que l'allaitement au sein est l'élément de base de l'alimentation du nourrisson algérien, la majorité des femmes allaitent et pendant des périodes plus longues il est prédominé dans les régions rurales puis urbaines. Mais face aux transformations socio-économiques vécues fin des années 70, la pratique et le taux d'allaitement (initiation, exclusivité et durée), ces derniers, ont remarquablement diminué en Algérie, une bonne proportion de femmes abandonne l'allaitement au sein au cours des trois premiers mois pour différentes raisons, de plus, très peu d'entre elles se limitent à un allaitement maternel exclusif selon les données de la dernière enquête sur la santé de la mère et de l'enfant ¹

- Enquête algérienne sur la santé de la famille (2002) :

selon l'officine algérienne des statistiques a réalisé l'enquête algérienne en 2002 sur la santé de la famille et principalement sur mode d'allaitement dans le but de permettre aux pouvoirs publics algériens de disposer des informations essentielles pour mettre en œuvre, suivre et évaluer les politiques santé et de population.

Le tirage de l'échantillon a été effectué selon un sondage stratifié, le territoire national a été réparti selon les quatre régions géographiques qui composent les régions sanitaires de l'Algérie (est, centre, ouest et sud), au total il y avait 20 400 ménages pour l'échantillon élargi dont 10 200 pour l'échantillon principal.

Résultat

Parmi celles qui ont déclaré allaiter ou avoir allaité leur dernier enfant au sein, 30.3% l'ont fait pour une durée inférieure à 4 mois, et 44.4% pour une durée supérieur à 12 mois.

La durée médiane de l'allaitement est 12.8 mois ; 13.1% pour l'urbain et 12.7% mois pour la zone rurale. La raison principale invoqué par les 8% des femmes qui n'ont pas allaités ou n'allaitent pas au sein, est l'insuffisance de lait.

Dans l'ensemble 42.9% des femmes ont déclaré ne pas allaiter leur enfant au sein car le lait est inexistant ou insuffisant. La même raison est déclarée par les femmes quel que soit le milieu de résidence. Les proportions respectives des femmes qui ont invoqué cette raison sont de 41.5% et 44.6% pour l'urbain et le rural. Par ordre d'importance, les plus importantes autres

¹ www.sante.dz/mics3.pdf.

raisons de non allaitement enregistrées sont : La mère malade dans 11.7% des cas, le refus de l'enfant dans 9.7% des cas, et les problèmes de tétons dans 7.5% des cas. ¹

4. Les types d'allaitements :

4.1. L'allaitement maternel :

L'allaitement maternel est la continuité physiologique de la grossesse. De plus, le lait des mammifères est spécifique à l'espèce. Jusqu'aux dernières décennies, l'allaitement était la norme « invisible » d'alimentation infantile. ² Le terme allaitement maternel est réservé à l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère ; l'allaitement maternel est exclusif lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre aliment, solide ou liquide, y compris l'eau. La réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé est considérée comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein. ³

L'allaitement exclusif suffit à satisfaire les besoins nutritionnels et hydriques d'un nouveau-né sain à terme s'il tète de manière efficace et à la demande. Il n'y a alors pas de risque d'hypoglycémie et les contrôles systématiques de la glycémie sont inutiles. Il n'y a pas lieu de donner des compléments (eau, eau sucrée, substitut de lait) à un nouveau-né allaité exclusivement. L'introduction de compléments perturbe le bon déroulement de l'allaitement maternel et entraîne un sevrage plus précoce. ⁴

4.2 L'allaitement maternel partiel ou allaitement mixte :

On parle d'allaitement mixte quand le bébé est nourri à la fois au sein et au lait industriel. ⁵ Association de l'allaitement au sein et de l'allaitement au biberon, l'allaitement mixte est souvent une nécessité pour certaines mères. En effet, il peut permettre de pouvoir alterner les différents modes d'alimentation du bébé si la mère n'a pas suffisamment de lait ou si celle-ci souhaite sevrer tout doucement l'enfant. Il peut arriver qu'une mère adopte un allaitement mixte dès la naissance du bébé parce qu'elle n'a pas assez de lait dans ses seins ou pour d'autres raisons médicales (faiblesse physique). En adoptant l'allaitement mixte après avoir

¹ www.ons.dz/IMG/pdf/Note_explicative.pdf

² Université de Montréal La promotion de l'allaitement maternel en milieu défavorisé dans le cadre de l'implantation de l'Initiative des amis des bébés: le cas des infirmières de santé communautaire p

³ **ALLAITEMENT MATERNEL MISE EN OEUVRE ET POURSUITE DANS LES 6 PREMIERS MOIS DE VIE DE L'ENFANT**, publications de l'ANAES, MAI 2002 p 15

⁴ **Ibid p19.**

⁵ <http://www.mpedia.fr/230-allaitement-mixte.html>

commencé à donner le sein à son enfant, le lait qu'une mère produit peut diminuer. Pour éviter que la lactation ne diminue, il est souvent conseillé de présenter un des seins, puis le deuxième et de finir par le biberon si l'enfant n'est toujours pas repu. La plupart des mères qui adoptent l'allaitement mixte souhaitent généralement, pouvoir compléter la tétée par du lait soit parce qu'elles ne produisent pas assez de lait depuis la naissance de l'enfant par exemple soit parce qu'elles doivent reprendre le travail par exemple. Le but de l'allaitement mixte est de sevrer petit à petit, mais en permettant aux mères de continuer à conserver ce moment privilégié de l'allaitement au sein. ¹

4.3. L'allaitement artificiel :

Le lait artificiel, ou *lait* infantile, ou substitut de lait maternel, désigne « tout aliment commercialisé ou présenté de toute autre manière comme produit de remplacement partiel ou total du lait maternel, qu'il convienne ou non à cet usage » (OMS 1981)¹. Le premier lait infantile a été créé en 1865 par Justus Von Liebig. La plupart des laits artificiels sont aujourd'hui à base de lait de vache ou de lait de soja. ²

Néanmoins, depuis toujours, on recherche des alternatives à l'allaitement maternel. Dans l'Antiquité, les enfants étaient allaités directement au pis de l'animal. Au fil des siècles, l'alimentation s'est adaptée ; le choix de l'animal se faisant selon l'âge et les capacités digestives de l'enfant (ânesse, brebis, chèvre, vache...). Mais il faut savoir qu'avant les découvertes de Pasteur, la mortalité infantile très élevée était en partie due à l'allaitement artificiel du fait d'une mauvaise hygiène des biberons et d'une mauvaise conservation du lait. De nos jours, bien que l'allaitement artificiel ne présente plus de risques si l'on respecte certaines règles d'hygiène, c'est tout de même l'allaitement maternel qui est généralement conseillé eu égard aux profits qu'en tirent les mères et leurs enfants. Or, actuellement, plus d'1/3 des femmes ont recours à l'allaitement artificiel, les chiffres variant selon les auteurs de 43,8% à 63%. Dans certains cas, le choix de ce type d'alimentation peut être personnel, lié à une volonté de ne pas allaiter son enfant. Dans d'autres, il y a un souhait du couple à investir le père dans l'alimentation du nouveau-né. Enfin, ce choix peut être imposé à la patiente par des impératifs médicaux liés à la mère ou à l'enfant ³

¹ <http://www.allaitementmixte.com/>

² fr.wikipedia.org/wiki/Lait_artificiel

³ CHARPENTIER (E), Étude descriptive des raisons du choix de l'allaitement artificiel, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme, Université Joseph Fourier, U.F.R. de médecine de Grenoble, 2012, P2

5. Les règles à respecter pour une bonne situation d'allaitement:

Allaiter est un moment privilégié de partage et de tendresse qui demande un peu de technique, qu'on peu partager on trois phases :

5.1. La phase I : Avant l'allaitement :

Lors qu'il s'agit d'un allaitement artificiel il faut respecter certaines techniques et règles d'hygiène :

- Lavez ses mains au savon ;
- La stérilisation à froid ou à chaud des biberons ;
- Respecter la mesure indiquée (le dosage).¹

5.2. La phase II : Pendant l'allaitement :

- Vérifier la température du lait : Il faut toujours vérifier la température du lait avant de la donner au bébé, pour cela versez quelques gouttes à l'intérieur de votre poignet ; et si le lait est trop chaud faites-le refroidir.
- La position adoptée : elle doit s'installer confortablement dans un endroit calme et paisible dans une position qui facilite la tâche, pour l'un et l'autre. On calons votre dos et placez le bébé contre vous en position semi-allongé, sa tétine reposant dans le creux de votre bras, en lui maintenant la tête haute.
- Mettre le biberon dans la bouche du nourrisson avec douceur et prendre le soin de ne pas le forcer.²

5.2. La phase III : après l'allaitement :

- faire le rot : Le rot est simplement de l'air dans le ventre du bébé. Ce dernier avale beaucoup d'air en se nourrissant, lorsqu'il pleure et même en respirant. Cela peut lui perturber l'appétit ou lui faire mal au ventre. Pour aider le bébé, essayez de lui donner son biberon en position verticale et veillez à ce que le biberon soit suffisamment incliné pour que le lait remplisse toujours l'extrémité de la tétine. Il faut éviter qu'il y ait de l'air dans la tétine lorsqu'il boit.³

¹ PABIOT (C), et REMY (R), Guide préparation biberons, HUG, Genève, Septembre 2009, P4-5.

² www.sante.dz/mics3.pdf .

³ <http://www.babycenter.fr>.

L'allaitement est une situation privilégiée, au cours de laquelle s'édifie un lien psychologique irremplaçable. Le bébé qui tète ne se nourrit pas seulement : en même temps que le lait, il reçoit la chaleur du corps de sa mère, son odeur, l'image de son visage, qu'il ne quitte pas des yeux. Il se confond avec sa nourrice, fusionne avec elle. Même dans le cas de l'allaitement artificiel, il faut s'efforcer de sauvegarder ce lien essentiel en prenant l'enfant dans ses bras, en lui souriant, le berçant, lui parlant, car c'est dans cette ambiance chaleureuse que le bébé trouve la sécurité nécessaire à son épanouissement.

Partie pratique

[Tapez ici]

CHAPITRE I : méthodologie de la recherche

[Tapez ici]

Chapitre III : méthodologie de la recherche

Dans cette partie, on va présenter la démarche adoptée dans notre étude, les outils d'investigation, ainsi que les caractéristiques de la population d'étude.

1. La méthode utilisée :

Afin d'élaborer une recherche scientifique, une démarche bien déterminée est indispensable. Celle-ci s'appuie, sur des outils d'investigation qui permettent au chercheur de récolter des données sur le thème étudié.

Pour effectuer notre recherche, on s'est basé sur l'étude de cas qui fait partie de la méthode descriptive, définie par **J.P. BEAUGRAND** en tant que : « une des méthodes qui intervient en milieu naturel et tente de donner une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière, qui a pour objectif d'identifier les composantes d'une situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes »¹

La méthode descriptive inclut les études de cas chargées de rapporter les comportements d'un sujet pendant une période de temps déterminée, ainsi que différents types d'observation effectuée dans le terrain de recherche ou en laboratoire. Ce type d'étude est employé en vue de comprendre la manière dont un phénomène se met en place.²

Selon **W. HUBER** l'étude de cas vise « non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes »³

C'est une démarche exploratoire où on décrit en détail une personne ou un groupe de personnes en s'appuyant sur l'observation approfondie des conduites ou l'administration rigoureuse de tests psychologiques. Elle comporte habituellement des informations sur l'enfance de la personne étudiée, ses rêves, ses fantasmes, ses expériences ainsi que ses

¹ CHAHRAOUI (KH) et BENONY (H), Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique, Dunod, Paris, 2003, p125.

² GODEFROID (J), Psychologie science humaine et science cognitive, De Boeck, Bruxelles, 2008, p97.

³ PEDINIELLI (J.L), Introduction à la psychologie clinique, Armand Colin, Paris, 2005, p64

relations avec ses proches. L'étude de cas est employée par les cliniciens afin d'illustrer certains principes psychologiques à l'aide de portrait détaillé d'un individu.¹

On a utilisé cette méthode dans notre recherche, à fin de décrire la qualité des interactions bébé-nourrice pendant la situation d'allaitement et de démontrer l'impact de ces interactions sur le développement psychomoteur et plus particulièrement sur le langage.

2. La pré-enquête :

En premier lieu, nous avons fait une pré-enquête, qui consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments prévus pour effectuer l'enquête. Si l'on a des doutes sur telle ou telle variable ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer le problème à étudier avant même de préciser ses objectifs.²

La pré-enquête se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits afin de recueillir le maximum d'information, qui permettent le déroulement de l'enquête. Elle est une phase de défrichage, d'investigation, préliminaire, de reconnaissance, une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées, argumentées et justifiées. Mais aussi, elle permet de fixer en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura réalisé pour vérifier ses hypothèses.³

D'après CHAUCHAT. H : « la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique, elle consiste à définir les liens entre les constructions théoriques et les faits observables. Son aboutissement est la mise en place de l'appareil d'observation. Cette phase comporte une observation préliminaire à l'aide d'entretiens généralement peu directifs ». ⁴

Notre pré-enquête a été effectuée le 20/04/2014 au 19/06/2014 au niveau du foyer pour enfants assistés, qui se situe à Iheddaden (Bejaia). Afin d'éclaircir notre thème de recherche et vérifier la disponibilité de la population d'étude, nous nous sommes présentés au foyer où séjournent les enfants abandonnés de la wilaya de Bejaia. Durant cette période, nous avons eu

¹ TAVRIS (C), WADE (C), Introduction à la psychologie « les grandes perceptives », De Boeck, Bruxelles, 1999, p 39.

² GRAWIT (M), Méthodes des sciences sociales, Edition Dalloz, paris, 2001, p 550.

³ AKTOUF (O), L'intervention en psychologie Clinique, IONESCON, Serban, 1987, p 102.

⁴ CHAUCHAT (H), L'enquête en psychologie, 2ème édition, PUF, Paris, 1999, p 63.

la possibilité d'observer les bébés dans différentes situations et plus particulièrement pendant la situation d'allaitement. Ainsi, on a eu le contact au pré du personnel (nourrice, infirmière, médecin, psychologue, éducatrices) qui nous ont aidés à recueillir des informations sur ces bébés et leur évolution dans la vie quotidienne.

Cette pré-enquête nous a aidées à explorer le lieu de la recherche dans le but de sélectionner la population d'étude, selon les critères fixés, la particularité des tâches accomplies par les nourrices ainsi que l'environnement et les conditions qui règnent au sein de ce foyer. La pré-enquête nous a permis d'explorer le terrain d'étude pour mieux déterminer nos objets de recherche.

De ce fait, notre pré-enquête s'est faite à partir d'interviews semi-directifs afin que les nourrices soient ouvertes au dialogue. Notre recherche a été divisée en trois axes. On a reposé notre pré-enquête sur les questions d'identité (âge, situation familiale, diplôme obtenu, expérience professionnelle), le premier axe est lié à la spécificité du métier les conditions et le climat du travail, le deuxième regroupe les caractéristiques de la situation d'allaitement, le troisième concerne les interactions bébé-nourrice.

2. Le lieu de recherche :

Une approche du terrain est nécessaire pour aboutir aux objectifs de notre travail de recherche.

Notre étude s'est accomplie au sein du foyer pour enfants assistés de Bejaia qui est un établissement étatique à caractère socioéducatif, il accueille des enfants de 0 à 06 ans privés de familles. Il veille sur la santé mentale et physique de l'enfant ainsi que sa protection et son éducation en vue d'une éventuelle KAFALA ou d'une insertion sociale. Cet établissement domiciliaire à Ihaddaden, a ouvert ses portes le 16 juin 2004.

Le foyer pour enfants assistés de Bejaia prend en charge tous les placements effectués par la direction de l'action sociale (DAS) et par voie judiciaire. De ce fait pour répondre aux besoins spécifiques de la prise en charge et optimiser l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire, un programme a été élaboré en fixant des axes psycho-médico-pédagogique à suivre à chaque enfant ou groupe d'enfants et orienter l'action de chaque intervenant et ce

pour une éventuelle KAFALA ou favoriser la socialisation et permettre une insertion sociale par une éducation et une stabilité du caractère.

Ce foyer, comportant trois blocs (administratif, restauration, et pédagogique), et des espace annexe (aire de jeux, espace vert ...), plus un parc auto ; afin d'assurer un environnement nécessaire au bon développement de l'enfant accueillie.

3.1. La structure de chaque compartiment du foyer:

C'est un foyer qui comprend :

1. Bloc administratif :

- Bureau de la directrice ;
- Bureau de l'économiste ;
- Bureau du psychologue ;
- Service économiste ;
- Service comptabilité ;
- Service personnel ;
- Secrétariat ;
- Une salle d'attente ;
- Un sanitaire.

2. Bloc restauration :

- Cuisine ;
- Réfectoire ;
- Magasin.

3. Bloc pédagogique :

- Une chambre de bébés (0-12 mois) ;
- Une chambre de bébés (12- 36 mois);

- Une chambre d'enfant de 3ans et plus ;
- Une chambre d'enfant atteint d'une IMC (Infirmité de la motricité cérébrale)
- Une salle d'éveil polyvalente répartie en coins pédagogique.

N.B : La répartition des bébés et des enfants au sein du foyer dépend des deux critères suivants : - L'âge chronologiques ;

- et le besoin spécifique de chaque enfant.

4. Annexe :

- Aire de jeux et espace vert ;
- Chaudière;
- Groupe électrogène ;
- loge.

4. Parc auto :

- 01 ambiance ;
- 01 véhicule.

3.2. L'équipe professionnelle :

Le foyer dispose de :

1. Une directrice ;
2. Une secrétaire de direction ;
3. Un comptable,
4. Une psychologue ;
5. Une assistante sociale ;
6. Un médecin ;
7. Trois infirmières.
8. Deux Educatrices.
9. Vingt une nourrices ;
10. Un magasinier ;

11. Quatre Chauffeurs ;
12. Quatre Gardiens ;
13. Deux Cuisinier ;
14. Un jardinier ;
15. Quatre agents d'entretien.

3. Le groupe de recherche :

4.1. Les critères de sélection :

Afin d'étudier les interactions du bébé pendant la situation d'allaitement, avec la personne qui lui procure ce soin c'est-à-dire, la nourrice, de ce fait, et vu le nombre réduit de ces dernières (problème d'un manque d'effectif au sien du foyer), et ne pouvons pas pratiqué la nuit, donc l'équipe de nourrices qui travail la nuit a été éliminé de notre population d'étude ; on a pris les trois nourrices qui formé l'équipe de jour présentes dans la chambre des bébés âgés de 0-12 mois dans notre population d'étude qui concerne les deux protagoniste de l'interaction bébé-nourrice, par contre les bébés ont été sélectionnés selon les critères d'homogénéités suivants :

- a- Il s'agit de bébés âgés de (0-12 mois) ;
- b- Les bébés choisie sont tous en bonne santé (absence de lésion cérébrale et physique);
- c- Tous les bébés sont abandonnés a la naissance, et n'on aucun contacte avec leur mère.
- d- La duré de la grossesse doit être de 9 mois.

N.B : on a choisi des bébés on bonne santé et nés a terme, sans contacte avec la mère pour évité tous les facteurs qui risque d'interférer et perturber l'interaction entre ces deux protagoniste (bébé-nourrice). Mais l'âge des bébés entre 0-12 mois, représente la période idéale pour étudié la situation d'allaitement ; car alimentation de ces dernier est constitué principalement de l'allaitement.

4.2. Les critères non pertinents de la sélection des bébés:

Chapitre I | Méthodologie de la recherche

- a- La manière d'abandon n'est pas pris en compte (enfant trouvé, abandon définitif, abandon provisoire, ou placement judiciaire) ;
- b- Le sexe du bébé n'est pas pris en compte.

4.3. Les caractéristiques de la population d'étude :

Notre population de recherche est constituée de trois (03) nourrices et six (06) bébés abandonnés, qui ont été choisis suivant les critères précédents, au sein du foyer pour enfants assistés de Bejaia. Le tableau suivant résume l'ensemble des caractéristiques de la population d'étude.

Tableau n°1 : Tableau récapitulatif des caractéristiques des bébés de la population d'étude:

	Sujets (les protagonistes de l'interaction bébé-nourrice)	Nourrice (A) Lydia		Nourrice (B) Rachida		Nourrice (C) Amel	
		Bébé (A) « Kamelia »	Bébé (B) « Warda »	Bébé (C) « Karim »	Bébé (D) « Amina »	Bébé (E) « Sabrina »	Bébé (F) « Mouloud »
	Caractéristiques						
Les critères de sélection	Age/mois	3mois	2 mois	8 mois	9 mois	6 mois	6 mois
	Etat de santé	bon	bon	bon	bon	bon	bon
	Duré de grossesse	9 mois	9 mois	9 mois	9 mois	9 mois	9 mois
	La relation avec la mère	aucune	aucune	aucune	aucune	aucune	aucune
Les critères non pertinents de sélection	Type d'abandon	provisoire	définitif	Placement judiciaire	provisoire	définitif	définitif
	Sexe	Fille	Fille	Garçon	Fille	Fille	Garçon

Remarque : les prénoms des bébés et les nourrices présentés ci-dessus ne sont pas leurs vrais prénoms.

A partir de ce tableau, nous constatons que l'âge des bébés se situe entre 2 mois et 9 mois, et on remarque aussi, que 3 bébés sur 6 sont issus d'un abandon définitif, et 2/6 sont issus

d'un abandon provisoire, et un cas est issu d'un placement judiciaire ; et tous les bébés de notre échantillonnage n'ont aucune relation avec leurs mères biologiques.

Et on constatera aussi que tous les bébés sont en bonne santé (absence de lésion cérébrale et physique), et issu d'une grossesse à terme suivant les dossiers médicaux de chacun d'entre eux ; et enfin on a un échantillon de 4 filles et de 2 garçons.

4. Les outils d'investigation :

Dans le cadre d'une recherche scientifique, notamment en sciences humaines et sociales, il est nécessaire d'utiliser des outils de mesure efficace qui vont nous permettre d'atteindre nos objectifs.

Pour décrire les interactions bébé-nourrice pendant la situation d'allaitement dans notre recherche, l'approche qualitative utilisée permet d'apprécier la qualité de ces interactions dans notre échantillon ciblé, d'autre part, on tente de répondre à nos hypothèses citées au paravant par l'utilisation conjointe d'une observation, et d'un entretien semi-directif qui permette de rechercher l'environnement et les conditions idéales afin de développer une bonne interaction entre le bébé et sa nourrice.

La méthode d'observation peut ne pas permettre d'accumuler suffisamment d'informations utiles en vue de l'élaboration d'hypothèses. ¹

C'est pour cette raison que nous avons associés deux outils d'investigations (l'observation et l'entretien semi-directif) afin de traiter des relations possibles entre les composantes de l'interaction bébé-nourrice pendant la situation d'allaitement.

5.1. L'observation clinique :

Pour décrire les interactions bébé-nourrice, l'observation paraît intuitivement la méthode la plus adaptée. Historiquement, l'observation dite naturelle est d'ailleurs la première à avoir été utilisée pour l'étude de l'enfant et de son développement. À travers les

¹ BERTHIAUME (F) et LAMOUREUX (A), Initiation à la recherche en psychologie, HRW ltée Montréal, Canada, 1981, p8.

siècles, de nombreux témoignages biographiques nous ont été laissés. On y trouve des descriptions minutieuses de parents fascinés par l'évolution et les acquisitions de leur bébé.¹

L'observation est un recueil de données verbales et non-verbales. C'est un acte volontaire. Selon Laurent MUCCHIELLI, observer : «c'est participer réellement à la vie et aux activités des sujets observés..., s'imprégner des catégories mentales (culture, vocabulaire) prendre distance de ses propres catégories mentales, nécessite une confiance réciproque ».

Jean MASSONAT définit cet outil comme étant « une démarche d'élaboration d'un savoir au service de finalités multiples, qui s'insèrent dans un projet global de l'homme pour décrire, comprendre son environnement et les événements qui s'y déroule ». ²

Nous avons utilisés cet outil, dans le but de récolter des informations sur les bébés et les nourrices afin de répondre a quelque questions posé précédemment dans notre problématique avant d'entamer l'application de l'entretien, l'observation représente le meilleur moyen de comprendre le déroulement de l'interaction bébé-nourrice pendant la situation d'allaitement, Dans ce moment d'observation, je suis à l'extérieur du phénomène étudié. Le regard que l'on porte n'est jamais neutre et je reste consciente de l'influence de ma présence.

Cependant, il m'est important que la situation d'allaitement soit un moment privilégiée entre ces deux êtres qui rentrent en interaction, et qui nous a permis de répondre a notre problématique de départ qui est : comment son les interactions bébé-nourrice pendant la situation d'allaitement ?

Cette méthode demande beaucoup de temps, c'est pour cela que les observations recueillies se sont faite en deux étapes, c'est-à-dire chaque cas a était observait pendant deux jours ; a l'aide d'une grille d'observation que nous avons élaboré et qui résume la situation.

La grille d'observation :

La grille d'observation permet une lecture facile des comportements verbaux et non-verbaux. Elle est composée de trois axes :

¹ DURAND (K), Le développement psychologique du bébé (0-2ans), Dunod, Paris, 2005, p10.

² <http://www.etudier.com/dissertations/Grille> consulté le 27/09/14 à 00h45.

Axe **I** : comprend la phase I qui recueille les observations avant l'allaitement (Humeur des protagonistes et la technique de préparation du biberon).

Axe **II** : c'est-à-dire la phase II qui regroupe les observations pendant la situation d'allaitement (technique d'allaitement et type d'interactions observées).

Axe **III** : phase III qui résume les observations faites après l'allaitement (la manière de faire le rot et de remettre en place le bébé).

(La grille d'observation de notre recherche est présentée dans l'annexe. A).

La cotation de la grille d'observation :

Il suffit de mettre une croix sur l'item que l'on juge le plus adapté à l'attitude du bébé et de la nourrice, et on met rien pour l'absence d'un comportement (le comportement n'a pas été observé à ce moment là).

5.2. L'entretien clinique de la recherche:

L'entretien est employé comme méthode de production de données dans la recherche psychologique ainsi que dans les autres disciplines des sciences humaines et sociales. C'est un outil indispensable et irremplaçable pour accéder aux informations subjectives des individus (anamnèse, événements vécus, émotions, etc.).¹

L'entretien clinique se situe dans la clinique à mains nues du fait que le psychologue n'emploie aucun instrument que lui-même pour comprendre ce qui se passe et éventuellement intervenir.²

Cette méthode d'investigation consiste souvent à faire parler les sujets dans le cadre d'une enquête psychosociale ou dans une recherche en psychologie clinique.³

Il est décrit par **C. CHILLAND** comme étant : « une communication entre deux interlocuteurs ou un moyen d'échange de paroles avec une ou plusieurs personnes, il vise à

¹ CHAHRAOUI (KH), BENONY (H), op.cit, p 141.

² CASTARDE (M.F), Introduction à la psychologie clinique, Belin, Paris, 2003, p 131.

³ LAVARDE (A.M), Guide méthodologique de la recherche en psychologie, De Boeck, Bruxelles, 2008, p 92.

appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation ». ¹

L'entretien clinique peut s'inscrire dans une activité d'intervention psychologique en offrant une relation d'aide ou de conseil (psychothérapie), ou dans une activité de recherche où l'objectif n'est pas thérapeutique mais il vise l'accroissement des connaissances dans un domaine particulier choisi par le chercheur.

Plusieurs types d'entretiens sont à la disposition du psychologue clinicien, dans notre étude, on a choisi l'entretien semi-directif où le chercheur doit préparer un guide d'entretien, comportant certaines questions qui correspondent au thème sur lequel il a mené son étude.

Les questions préparées ne sont pas formulées d'avance ; elles doivent être posées à un moment opportun de l'entretien clinique, à titre d'exemple en fin d'une séquence d'association.

Il est de même que dans ce type d'entretien, le chercheur pose une question et donne la liberté au sujet pour s'exprimer et d'associer sur le thème proposé sans l'interrompre. Il reste que l'aspect spontané de ces associations est moins présent dans ce genre d'entretien dans la mesure où c'est au clinicien d'en proposer un cadre et une trame par lesquels le sujet va pouvoir dérouler son récit. ²

Son objectif dans notre cadre de recherche est de recueillir des informations qui peuvent nous renseigner sur notre étude (les interactions bébé-nourrice pendant la situation d'allaitement) et qui va nous permettre de répondre à notre question de départ.

Le guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité de l'écoute et d'intervention de l'interviewer ». ³

Dans ce guide, le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets.

¹ CHILAND (C), *L'entretien clinique*, PUF, Paris, 1983, p 119.

² CHAHRAOUI (KH), BENONY (H), *Méthodes, évaluations et recherche en psychologie clinique*, Dunod, Paris, 2003, p 141-143.

³ Ibid., p.144.

Pour mener en pratique notre entretien, on a utilisé un guide d'entretien composé de quatre axes sans inclure les questions sur les informations personnelles:

Axe I : comprend les questions liées au climat du travail.

Axe II : regroupe les renseignements liés aux bébés.

Axe III : recueille les informations liées aux interactions bébé-nourrice

Axe IV : représente les données liées à l'interaction bébé-nourrice pendant la situation d'allaitement.

(Le guide de l'entretien semi-directif de notre recherche est présenté dans l'annexe. B).

La passation des entretiens :

Nous nous sommes entretenus avec les nourrices après avoir mentionné l'objectif de notre étude, et avoir obtenu leur consentement. Un guide d'entretien a été élaboré, afin de décrire les interactions bébé-nourrices pendant la situation d'allaitement, et l'environnement qui entoure ce couple (bébé-nourrice) pendant cette opération. La passation de l'entretien a duré en moyenne 45 mn pour chaque nourrice.

6. Les difficultés rencontrées :

Certains paramètres, parfois imprévus, et d'autres fois inévitables, sont à prendre en compte quant à la validité des résultats. Il est donc sûr que notre étude peut être critiquée sur de nombreux points que nous allons exposer ici.

Tout d'abord, nous avons eu beaucoup de difficultés pour constituer notre population. Nos dyades ne sont donc pas nombreuses, ce qui empêche toute généralisation des résultats. Les conclusions que nous avons pu tirer de notre travail ne valent donc que pour les dyades rencontrées.

Durant la réalisation de notre étude, on a rencontré plusieurs difficultés. Certaines sont relatives à la population étudiée, ce qu'il faut souligner est que notre recherche a été réalisée au près des enfants âgés aux alentours de 2 et 9 mois, ce qui exige beaucoup d'ingéniosité de la part de notre part.

Par ailleurs, étant donné les difficultés rencontrées pour trouver des bébés répondant à nos critères, nous avons dû nous résoudre à accepter certains critères que nous aurions aimé exclure.

Ainsi, nous aurions aimé ne prendre que des bébés issus d'un abandon définitif, pour éviter d'une manière sûre le contact avec la mère. En effet, les enfants placés par suite judiciaire,

ou par un abandon provisoire, ou les bébés trouvés dans les lieux publics, peuvent à tout moment, recevoir la visite de leur mère ; et cela peut perturber notre recherche.

L'application de l'entretien avec les nourrices a été au moment de leur travail, car personne ne pouvait les remplacer. Ceci a perturbé un peu le déroulement de notre entretien et a empêché de recueillir certaines informations. Ainsi elles se sont montrées réservées face à certaines questions.

En outre, les conditions d'observation et de l'entretien avec les nourrices, ne sont pas toutes identiques au sein du foyer. L'aménagement de la pièce où se déroule l'allaitement a été modifié au cours de nos séances d'observation, ainsi que les horaires d'allaitement. L'entretien s'est déroulé dans des endroits et moments différents pour chaque nourrice; ne pouvons pas obtenir une standardisation des conditions dans lesquelles les interactions se déroulent, il faut donc s'adapter.

D'un point de vue pratique, les contraintes de nos propres emplois du temps et de celui des nourrices décalent souvent les rencontres et la pratique de notre entretien. Le temps consacré pour chaque entretien n'est pas toujours le même dans chaque entretien.

La dynamique de la relation est modifiée puisque le bébé est attiré par notre présence et que la nourrice peut se sentir jugée par notre regard critique de futures professionnelles. De plus, malgré notre souci d'objectivité, la subjectivité intervenant dans l'observation reste importante. Nous pouvons avoir notre propre avis concernant la qualité ou la quantité des interactions et celui-ci diffère d'un observateur à l'autre.

Par conséquent, nous prendrons en compte tous ces facteurs dans l'analyse des résultats.

Chapitre I | Méthodologie de la recherche

Ce chapitre de méthodologie nous a conduits vers la démarche à suivre pour une bonne organisation de notre recherche. En effet, afin d'arriver à des résultats pertinents lors d'une certaine analyse, il y a eu lieu divers méthodes à savoir: les outils d'investigation, la population d'étude et les étapes de recherche dans le but d'interpréter l'échantillon d'études et ainsi confirmer ou d'infirmer nos hypothèses émises.

CHAPITRE II : Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

Chapitre II : Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

Après la présentation de la méthodologie de la recherche qui nous a guidés dans l'élaboration de notre travail. Ce dernier chapitre va être consacré à la présentation des cas, ainsi qu'à l'analyse des résultats obtenus, et enfin la discussion de nos hypothèses.

1. Présentation et analyses des cas :

Nous avons effectués des observations clinique et administrer un entretien semi-directif auprès des nourrices, pour étudier les interactions de ces dernières avec certain bébés placé au foyer pour enfant assisté de Bejaia, notre population d'étude est constitué de (03) nourrices, et de (06) bébés

Cette procédure s'est déroulée de la même manière pour toutes les nourrices. On se présente en tant que psychologue en stage pratique dans le cadre d'une recherche pour préparer un mémoire de fin de cycle, puis nous informons les sujet de notre démarche (effectuer des observations et administrer un entretien avec elles), en soulignant les consignes à respecter, à savoir le respect de leurs anonymats et l'utilisation des résultats à des fins de recherche.

1.1. Présentation du 1^{er} cas (Nourrice « A »+ bébé « A ») :

- **Nourrice « A » :** Lydia est âgée de 30 ans mariée avec deux enfants (une fille et un garçon). Titulaire d'une licence en sociologie de l'éducation, elle travail au sein du foyer depuis deux ans, dans le but d'acquérir une expérience professionnel, en attendant de trouver un travail plus stable.

- **Bébé « A » :** Kamelia est une petite fille âgée de 3 mois, qui se porte bien issue d'un accouchement par voix basse, après une grossesse à terme (selon son dossier médical), très calme. Elle est placée au foyer pour enfants assistés de Bejaia, trois jours après sa naissance ; abandonnée par sa maman, juste après l'accouchement, en signant un abandon provisoire, elle est née d'une relation extraconjugale, elle n'a aucun contacte avec ses parents.

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

- Présentation de la grille d'observation pour le 1^{er} cas:

1^{er} jour :

Les protagonistes de l'interaction (les couples bébé-nourrice)		1 ^{er} cas:		
		Nourrice (A) « Lydia »	Bébé (A) « Kamelia »	
Les caractéristiques observées				
Phase I : avant l'allaitement	Humeur des protagonistes	-Bonne humeur : + -Mauvaise humeur : -Calme :	-le bébé dore: - Le bébé pleur : -Le bébé joue, passif: +	
	Technique de préparation du biberon	-respect de toutes recommandations d'hygiène et autre : + -oublie quelques règles : -le fait d'une manière anarchique :		
Phase II : pendant l'allaitement	Technique	Vérification de la température du lait	-prend le soin de vérifier la température : + -Ne vérifie pas la température :	
		La position à adopter	-Tient le bébé de manière confortable : + -Tient le bébé de manière inconfortable :	
		la mise en bouche du biberon	- Utilise le forcing pour mettre en bouche le biberon : -le met en bouche d'une manière douce et adéquate : +	
	Type d'interactions observées	Interaction comportementale	Corporelles	-Recherche le contact : + -Stimulations tactiles positives : + - Distante et fait un travail machinal :
			Effets du toucher	-Ne réagit pas : -Réagit après quelque minute : -Réagit immédiatement : +
		visuelles	-Regards directs : + -Maintient le regard : + -Sollicite le regard du bébé : + - elle évite le regard avec le bébé : -le regard de temps en temps :	
		Vocales	-la nourrice s'adresse au bébé avec un langage adapté : + - la nourrice s'adresse au bébé avec un langage inadapté : -La nourrice est silencieuse : - La nourrice s'adresse a d'autre personne dans la salle : +	
		Effets de la voix	-Ne réagit pas : -Réagit après quelque minute : -Réagit immédiatement : +	
	Interaction affective	-Embrasse le bébé : -Sourires au bébé: + -Visage mobile, Expressif : + -Caresses, chatouilles: +		
	Phase III : après l'allaitement	Faire le rot	-Le stimule a faire son rot : + -ne le stimule pas a faire son rot :	-fait son rot facilement sans effort : + -met beaucoup de temps pour le fait :
La manière de remettre en place le bébé		-le remet d'une bonne manière : + -le remet rapidement sans trop donner de l'importance à la position:	-Il est calme : + -Il est agité :	

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

2^{ème} jour :

Les protagonistes de l'interaction (les couples bébé-nourrice)		1 ^{er} cas:		
		Nourrice (A) « Lydia »	Bébé (A) « Kamelia »	
Les caractéristiques observées				
Phase I : avant l'allaitement	Humeur des protagonistes		-Bonne humeur : + -Mauvaise humeur : -Calme :	
	Technique de préparation du biberon		-respect de toutes recommandations d'hygiène et autre : + -oublie quelques règles : -le fait d'une manière anarchique :	
Phase II: pendant l'allaitement	Technique	Vérification de la température du lait	-prend le soin de vérifier la température : + -Ne vérifie pas la température :	
		La position à adopter	-Tient le bébé de manière confortable : + -Tient le bébé de manière inconfortable :	
		la mise en bouche du biberon	- Utilise le forcing pour mettre en bouche le biberon : -le met en bouche d'une manière douce et adéquate : +	
	Type d'interactions observées	Interaction comportementale	Corporelles	-Recherche le contact : + -Stimulations tactiles positives : + - Distante et fait un travail machinal :
			Effets du toucher	-Ne réagit pas : -Réagit après quelque minute : -Réagit immédiatement : +
		visuelles	-Regards directs : + -Maintient le regard : + -Sollicite le regard du bébé : + - elle évite le regard avec le bébé : -le regard de temps en temps :	
		Vocales	-la nourrice s'adresse au bébé avec un langage adapté : + - la nourrice s'adresse au bébé avec un langage inadapté : -La nourrice est silencieuse : - La nourrice s'adresse a d'autre personne dans la salle :	
		Effets de la voix	-Ne réagit pas : -Réagit après quelque minute : -Réagit immédiatement : +	
	Interaction affective	-Embrasse le bébé : + -Sourires au bébé:+ -Visage mobile, Expressif : + -Caresses, chatouilles:+		
	Phase III : après l'allaitement	Faire le rot		-Le stimule a faire son rot : + -ne le stimule pas a faire son rot :
La manière de remettre en place le bébé		-le remet d'une bonne manière : + -le remet rapidement sans trop donner de l'importance à la position :		

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

- **Résumé des grilles d'observation pour le premier cas :**

- **Les caractéristiques observées chez la nourrice « A »:**

La nourrice Lydia est de bonne humeur, pendant les deux jours d'observation, et elle respecte toutes les recommandations d'hygiène et autre, au moment où elle prépare le biberon, prend le soin de vérifier la température du biberon ; quant à sa position avec le bébé est confortable, pour sa manière de mettre le biberon en bouche, elle est douce et adéquate ; cette nourrice recherche le contact, stimule le bébé ; en s'adressant à lui avec un langage adapté et elle répond immédiatement à la voix et au touché du bébé, on a observé quelques signes affectifs en vers Kamelia (bisou, sourires, visage mobile, expressif, Caresses, chatouilles), enfin, elle la simule à faire son rot, et la remet d'une bonne manière à sa place.

- **Les caractéristiques observées chez le bébé « A » :**

Le bébé Kamelia joue passivement le premier jour d'observation en attendant sa nourrice, par contre le deuxième jour elle dort ; pendant l'allaitement elle était dans les bras de la nourrice en position semi allongé, cette dernière lui soulève la tête, on observe aussi qu'elle n'a aucune difficulté à prendre son biberon, toute détendue elle regarde la nourrice et tourne sa tête dans sa direction, elle est apaisée immédiatement lorsque la nourrice la touche ou la regarde, parfois elle fait des geignements, et d'autre fois elle reste passive. Elle répond au regard et fait son rot facilement sans effort et elle reste calme au moment où on la remet en place.

1.2. Présentation du 2^{ème} cas (Nourrice « A »+ bébé « B ») :

- **Nourrice « A » :** a été déjà présentée dans le premier cas voir page 65.

- **Bébé « B » :** Warda est une petite fille abandonnée à la naissance, elle a aujourd'hui 2 mois, née d'une grossesse de neuf mois son développement physique est bien adéquat à son développement chronologique, et aucun problème de santé n'a été signalé dans son dossier médical. Elle est placée au foyer pour enfants assistés de Bejaia, deux jours après sa naissance ; sa mère l'abandonne juste après l'accouchement (accouchement par césarienne), en signant un abandon définitif, depuis ce jour on l'a jamais revue, Warda née d'une relation illégitime, et personne ne connaît ses parents biologiques dans ce foyer.

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

- Présentation de la grille d'observation pour le 2^{ème} cas:

1^{er} jour :

Les protagonistes de l'interaction (les couples bébé-nourrice)		2 ^{ème} cas:		
		Nourrice (A) « Lydia »	Bébé (B) « Warda »	
Les caractéristiques observées				
Phase I : avant l'allaitement	Humeur des protagonistes		-Bonne humeur : + -Mauvaise humeur : -Calme :	
	Technique de préparation du biberon		-respect de toutes recommandations d'hygiène et autre : + -oublie quelques règles : -le fait d'une manière anarchique :	
Phase II : pendant l'allaitement	Technique	Vérification de la température du lait	-prend le soin de vérifier la température : + -Ne vérifie pas la température :	
		La position à adopter	-Tient le bébé de manière confortable : + -Tient le bébé de manière inconfortable	
		la mise en bouche du biberon	- Utilise le forcing pour mettre en bouche le biberon : -le met en bouche d'une manière douce et adéquate : +	
	Type d'interactions observées	Interaction comportementale	Corporelles	-Recherche le contact : + -Stimulations tactiles positives : + - Distante et fait un travail machinal :
			Effets du toucher	-Ne réagit pas : -Réagit après quelque minute : -Réagit immédiatement : +
		visuelles	-Regards directs : + -Maintient le regard : + -Sollicite le regard du bébé : + - elle évite le regard avec le bébé : -le regard de temps en temps :	
		Vocales	-la nourrice s'adresse au bébé avec un langage adapté : + - la nourrice s'adresse au bébé avec un langage inadapté : -La nourrice est silencieuse : - La nourrice s'adresse a d'autre personne dans la salle :	
		Effets de la voix	-Ne réagit pas : -Réagit après quelque minute : -Réagit immédiatement : +	
	Interaction affective	-Embrasse le bébé : -Sourires au bébé: + -Visage mobile, Expressif : + -Caresses, chatouilles: +		
	Phase III : après l'allaitement	Faire le rot		-Le stimule a faire son rot : + -ne le stimule pas a faire son rot :
La manière de remettre en place le bébé		-le remet d'une bonne manière : + -le remet rapidement sans trop donner de l'importance à la position:		

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

2^{ème} jour :

Les protagonistes de l'interaction (les couples bébé-nourrice)		2 ^{ème} cas:			
		Nourrice (A) « Lydia »	Bébé (B) « Warda »		
Les caractéristiques observées					
Phase I : avant l'allaitement	Humeur des protagonistes		-Bonne humeur : + -Mauvaise humeur : -Calme :	-le bébé dore: - Le bébé pleur : + -Le bébé joue, passif:	
	Technique de préparation du biberon		-respect de toutes recommandations d'hygiène et autre : + -oublie quelques règles : -le fait d'une manière anarchique :		
Phase II: pendant l'allaitement	Technique	Vérification de la température du lait	-prend le soin de vérifier la température : + -Ne vérifie pas la température :		
		La position à adopter	-Tient le bébé de manière confortable : + -Tient le bébé de manière inconfortable :	-Le bébé dans les bras de la nourrice en position semi allongé, on soulevant sa tête : +	
		la mise en bouche du biberon	- Utilise le forcing pour mètre en bouche le biberon : -le met en bouche d'une manière douce et adéquate : +	- à du mal a tété son biberon : -n'a aucune difficulté à prendre son biberon : +	
	Type d'interactions observées	Interaction comportementale	Corporelles	-Recherche le contact : + -Stimulations tactiles positives : + - Distante et fait un travail machinal :	-Hypertonique : -Hypotonique : -Détendu : +
			Effets du toucher	-Ne réagit pas : -Réagit après quelque minute : -Réagit immédiatement : +	-Ne le calme pas : -L'apaise après quelques minutes : -L'apaise immédiatement : +
		visuelles	-Regards directs : + -Maintient le regard : + -Sollicite le regard du bébé : + - elle évite le regard avec le bébé : -le regard de temps en temps :	-Regarde la nourrice et tourne sa tête dans sa direction : + -Répond aux regards : + - Détourne le regard : -Exploration des objets proches : - Exploration des objets distants :	
		Vocales	-la nourrice s'adresse au bébé avec un langage adapté : + - la nourrice s'adresse au bébé avec un langage inadapté : -La nourrice est silencieuse : - La nourrice s'adresse a d'autre personne dans la salle :	-Geignements : + -Sons quasi vocaliques : -Pleurs : - passif : +	
	Effets de la voix	-Ne réagit pas : -Réagit après quelque minute : -Réagit immédiatement : +	-Ne le calme pas : -L'apaise après quelques minutes : -L'apaise immédiatement : +		
	Interaction affective	-Embrasse le bébé : -Sourires au bébé: + -Visage mobile, Expressif : + -Caresses, chatouilles: +	-mobile, expressif : -Peu de mobilité : + -immobile, triste :		
	Phase III : après l'allaitement	Faire le rot		-Le stimule a faire son rot : + -ne le stimule pas a faire son rot :	-fait son rot facilement sans effort : -met beaucoup de temps pour le fait : +
La manière de remettre en place le bébé		-le remet d'une bonne manière : + -le remet rapidement sans trop donner de l'importance à la position:	-Il est calme : + -Il est agité :		

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

- **Résumé des grilles d'observation pour le deuxième cas :**

- **Les caractéristiques observées chez la nourrice « A » :**

La nourrice Lydia est toujours de bonne humeur, pendant les deux jours d'observation, sur le deuxième cas, elle respecte toutes recommandations d'hygiène et autre, prend le soin de vérifier la température du biberon; quant à la position qu'elle adopte à ce moment là est confortable, pour sa manière de mettre le biberon en bouche, elle est douce et adéquate; cette nourrice recherche le contact, stimule le bébé; et s'adressant à lui avec un langage adapté et elle répond immédiatement à la voix et au touché du bébé, on a observé quelques signes affectifs en vers Warda (bisou, sourires, visage mobile, expressif, Caresses, chatouilles), la nourrice a un regard direct et maintenu, elle sollicite même des fois le regard du bébé, enfin elle la simule à faire son rot, et la remet correctement à sa place.

- **Les caractéristiques observées chez le Bébé « B » :**

Le bébé Warda dort le premier jour d'observation en attendant sa nourrice, par contre le deuxième jour elle pleure; pendant l'allaitement elle était dans les bras de la nourrice en position semi allongé, cette dernière lui soulève la tête, on observe aussi qu'elle n'a aucune difficulté à prendre son biberon, détendue et parfois hypotonique elle regarde la nourrice et tourne sa tête dans sa direction, elle est apaisée immédiatement et parfois elle tarde quelques minutes pour s'apaiser quand la nourrice la touche ou la regarde, parfois elle fait des geignements, d'autre fois elle reste passive. Elle répond au regard et elle met du temps pour faire son rot, elle reste calme au moment où on la remet en place.

- **Compte rendu de l'entretien avec la nourrice « A »:**

L'entretien avec Lydia la nourrice « A », s'est déroulé dans la chambre des bébés. Après avoir expliqué l'objectif de notre recherche, Mme Lydia a immédiatement accepté de répondre à nos questions. Elle a été très coopérative, mais ses réponses étaient très brèves faute de temps. L'entretien n'a pas duré longtemps.

En premier lieu, on a débuté la discussion sur le climat professionnel qui règne au sein du foyer pour enfants assistés de Bejaia, ainsi qu'aux difficultés de ce métier qui pourraient éventuellement perturber le bon déroulement de sa fonction, ou elle dit : « *le fait d'avoir un bébé à charge, vous vous sentez dans l'obligation de faire attention à tout, à bien regarder s'il manque de rien, et n'a aucun problème, si c'est le cas il faudrait le signaler*

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

immédiatement aux responsable, car un enfant c'est une grande responsabilité ;mais avoir plusieurs bébés a sa charge, avec chacun des besoins spécifiques, c'est en effet, un élément perturbateur et stressant». Elle ajoute : «avoir deux a quatre bébés qui cri au même temps ; c'est un moment de panique, qui engendre une grande fatigue par la suite. Mais on doit réagir avec calme et une très grande sérénité».

On peut dire que Lydia a de bonnes relations professionnelles avec le personnel, car elle dit : *« mes relations avec mes collègues sont formidables »*, elle ajoute : *« on travaille toujours en collaboration, et bien sûr, il y a une coopération absolue entre nous, ainsi qu'une bonne ambiance et c'est ce qui m'aide à travailler d'ailleurs ; et généralement les remarques et les recommandations de mes supérieurs part d'un bon sens et d'une bonne attention »*, elle dit aussi : *«pour ce qui concerne mon travail avec les bébés, je pense que je fais de mon mieux pour subvenir a leurs besoins au quotidien et bien sur avec l'aide de toutes l'équipe professionnelle, mais il y a de temps en temps des situations qui son mal géré par nos supérieurs par exemple l'absence d'une collègue qui n'a pas été remplacé immédiatement, mais généralement l'organisation au sein du foyer est assez satisfaisante»* . Cela signifie que notre cas n'a pas de difficulté avec ses collègues et supérieur de travail ; et son travail au sein du foyer et avec les bébés, s'effectue généralement dans de bonnes conditions.

En second lieu, nous avons parler sur les bébés : pour le bébé « A » Kamelia; elle dit : *« elle est placée ici, depuis qu'elle avait 3 jours, c'est-à-dire il ya 3 mois, suite a un abandon provisoire, elle est calme et assez câline, si on lui donnait pas le biberon a l'heur, elle ne le réclamerait même pas, et parfois en la réveillait pour prendre son biberon et elle était comme ca dés ses premiers jours ici»* elle ajoute : *« quant elle voit une nouvelle tête elle se comporte comme d'habitude, je pense qu'elle est habituée a voire beaucoup de monde »* ; Et pour le bébé « B » Warda ; elle dit : *« elle est placée ici il y a deux mois suite a un abandon définitif a la naissance, a son arrivée elle était toute agitée, et criée sans arrêt, mais aujourd'hui elle est beaucoup plus apaisée, elle mange normalement ; et se porte bien ; pour se qui concerne sa réaction face a un nouveau visage elle réagit le plus normalement possible, car elle est habituée a de nouveau visage »*

Quant aux interactions bébé-nourrice ; la nourrice nous a répondu : *« je passes de bon moment avec eux, Kamila est une fille très éveillée, qui me suit du regard, et je pense,*

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

qu'elle commence à me reconnaître, parce que je la vois entrain d'agiter ses mains dès qu'elle me voit ou entend ma voix, par contre Warda est encor trop jeune » elle dit aussi : *« je connais tout les noms de mes bébés et même ceux des autres »*. on note que le fait d'avoir plusieurs bébés au même temps, n'a pas empêché la nourrice de nouer de bon liens avec ces derniers .

En dernier lieu, on a clôturé notre entretien par une discussion sur la situation d'allaitement, avec ces bébés ou elle nous répond directement : *« franchement ces bébés Kamelia et Warda sont des petites filles on bonne santé, et je passes moins de temps a les allaiter par rapport au autre bébé malade qui demande beaucoup d'attention et l'allaitement de ces fillettes se passe bien, avec un bon rythme de sussions et quelque pose pour Warda qui n'avale pas entièrement son biberon d'un seul coup , mais toutes les deux me fixent du regard lors de l'allaitement et restent attentive a tout »*; et elle ajoute : *« je n'utilises jamais le forcing ni avec elles, ni avec les autres c'est déconseillé par l'ordre médicale , mais il faut juste le stimulé (le bébé)en agitant la tétine sur ses lèvres ; oui il m'arrive de leur chanter des chanson, de leurs dire a quel point elles sont jolies et sages »*, elle ajoute aussi : *« pour Kamelia je la met contre moi, en lui tapon légèrement le dot pour quel fasse son rot, et je la remet en place en la mettant sur le coté droit ou gauche alternativement en faisant attention de ne pas froisser ses oriels ; mais Warda a la moitié de son biberon elle s'arrête pour faire son rot puis elle termine son biberon apprête une pose qui peut duré jusqu'à 15 mns et elle refait pour la deuxième fois son rot et je la remet en place de la même manière »* .

1.2. Présentation du 3^{eme} cas (Nourrice « B »-Bébé « C ») :

- **Nourrice « B »** : Rachida est une nourrice, âgée de 33 ans mariée sans enfants, elle est d'un niveau secondaire, autre fois elle a été femme au foyer sans activité et sans expérience professionnelle, elle a connu le monde du travail au sein du foyer il y a trois ans.

- **Bébé « C »** : Karim est un garçon âgé de 8 mois, placé au foyer juste après sa naissance, suite a une décision judiciaire, vu la situation des parents (le père en prison et la mère malade incapable de s'occuper seule d'un enfant), cette dernière n'a aucun contacte avec son enfant ; Karim ce porte bien physiquement et n'a aucune anomalie biologique suivant son dossier médical.

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

- Présentation de la grille d'observation pour le 3^{ème} cas:

1^{er} jour :

Les protagonistes de l'interaction (les couples bébé-nourrice)		3 ^{ème} cas:			
		Nourrice (B) « Rachida »	Bébé (C) « Karim »		
Les caractéristiques observées					
Phase I : avant l'allaitement	Humeur des protagonistes		-Bonne humeur : -Mauvaise humeur : -Calme : +	-le bébé dore: - Le bébé pleur : + -Le bébé joue, passif:	
	Technique de préparation du biberon		-respect de toutes recommandations d'hygiène et autre : -oublie quelques règles : + -le fait d'une manière anarchique :		
Phase II : pendant l'allaitement	Technique	Vérification de la température du lait	-prend le soin de vérifier la température : -Ne vérifie pas la température : +		
		La position à adopter	-Tient le bébé de manière confortable : + -Tient le bébé de manière inconfortable	-Le bébé dans les bras de la nourrice en position semi allongé, on soulevant sa tête : +	
		la mise en bouche du biberon	- Utilise le forcing pour mettre en bouche le biberon : -le met en bouche d'une manière douce et adéquate : +	- à du mal a tété son biberon : -n'a aucune difficulté à prendre son biberon : +	
	Type d'interactions observées	Interaction comportementale	Corporelles	-Recherche le contact : -Stimulations tactiles positives : - Distante et fait un travail machinal : +	-Hypertonique : -Hypotonique : + -Détendu :
			Effets du toucher	-Ne réagit pas : -Réagit après quelque minute : + -Réagit immédiatement :	-Ne le calme pas : -L'apaise après quelques minutes : -L'apaise immédiatement : +
		visuelles	-Regards directs : + -Maintient le regard : -Sollicite le regard du bébé : - elle évite le regard avec le bébé : -le regard de temps en temps : +	-Regarde la nourrice et tourne sa tête dans sa direction : -Répond aux regards : + - Détourne le regard : -Exploration des objets proches : + - Exploration des objets distants : +	
		Vocales	-la nourrice s'adresse au bébé avec un langage adapté : - la nourrice s'adresse au bébé avec un langage inadapté : -La nourrice est silencieuse : - La nourrice s'adresse a d'autre personne dans la salle : +	-Geignements : + -Sons quasi vocaliques : + -Pleurs : + - passif :	
		Effets de la voix	-Ne réagit pas : -Réagit après quelque minute : + -Réagit immédiatement :	-Ne le calme pas : -L'apaise après quelques minutes : -L'apaise immédiatement : +	
	Interaction affective	-Embrasse le bébé : -Sourires au bébé: + -Visage mobile, Expressif : -Caresses, chatouilles: +	-mobile, expressif : + -Peu de mobilité : -immobile, triste :		
	Phase III : après l'allaitement	Faire le rot		-Le stimule a faire son rot : -ne le stimule pas a faire son rot : +	-fait son rot facilement sans effort : + -met beaucoup de temps pour le fait :
La manière de remettre en place le bébé		-le remet d'une bonne manière : -le remet rapidement sans trop donner de l'importance à la position : +	-Il est calme : + -Il est agité :		

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

2^{ème} jour :

Les protagonistes de l'interaction (les couples bébé-nourrice)		3 ^{ème} cas:			
		Nourrice (B) « Rachida »	Bébé (C) « Karim »		
Les caractéristiques observées					
Phase I : avant l'allaitement	Humeur des protagonistes		-Bonne humeur : -Mauvaise humeur : -Calme : +	-le bébé dort: - Le bébé pleur : + -Le bébé joue, passif:	
	Technique de préparation du biberon		-respect de toutes recommandations d'hygiène et autre : + -oublie quelques règles : -le fait d'une manière anarchique :		
Phase II: pendant l'allaitement	Technique	Vérification de la température du lait	-prend le soin de vérifier la température : -Ne vérifie pas la température : +		
		La position à adopter	-Tient le bébé de manière confortable : + -Tient le bébé de manière inconfortable :	-Le bébé dans les bras de la nourrice position semi allongé, on soulevant sa tête : +	
		la mise en bouche du biberon	- Utilise le forcing pour mettre en bouche le biberon : -le met en bouche d'une manière douce et adéquate : +	- à du mal a tété son biberon : -n'a aucune difficulté à prendre son biberon : +	
	Type d'interactions observées	Interaction comportementale	Corporelles	-Recherche le contact : -Stimulations tactiles positives :+ - Distant et fait un travail machinal : +	-Hypertonique : -Hypotonique : + -Détendu :
			Effets du toucher	-Ne réagit pas : -Réagit après quelque minute : + -Réagit immédiatement :	-Ne le calme pas : -L'apaise après quelques minutes : -L'apaise immédiatement : +
		visuelles	-Regards directs : + -Maintient le regard : -Sollicite le regard du bébé : - elle évite le regard avec le bébé : -le regard de temps en temps : +	-Regarde la nourrice et tourne sa tête dans sa direction : -Répond aux regards : + - Détourne le regard : -Exploration des objets proches : + - Exploration des objets distants : +	
		Vocales	-la nourrice s'adresse au bébé avec un langage adapté : - la nourrice s'adresse au bébé avec un langage inadapté : -La nourrice est silencieuse : + - La nourrice s'adresse a d'autre personne dans la salle : +	-Geignements : + -Sons quasi vocaliques : -Pleurs : + - passif :	
	Effets de la voix	-Ne réagit pas : -Réagit après quelque minute : + -Réagit immédiatement :	-Ne le calme pas : -L'apaise après quelques minutes : + -L'apaise immédiatement :		
	Interaction affective	-Embrasse le bébé : -Sourires au bébé: + -Visage mobile, Expressif : + -Caresses, chatouilles: +	-mobile, expressif : + -Peu de mobilité : -immobile, triste :		
	Phase III : après l'allaitement	Faire le rot		-Le stimule a faire son rot : + -ne le stimule pas a faire son rot :	-fait son rot facilement sans effort : + -met beaucoup de temps pour le fait :
La manière de remettre en place le bébé		-le remet d'une bonne manière : -le remet rapidement sans trop donner de l'importance à la position : +	-Il est calme : + -Il est agité :		

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

- **Résumé des grilles d'observation pour le 3^{ème} cas :**

- **Les caractéristiques observées chez la nourrice « B » :**

La nourrice Rachida arrivée au travail calme, pendant les deux jours d'observation, sur le 3^{ème} cas, elle oublie de fermer la boîte du lait en poudre, n'a pas vérifié la température du biberon ; quant à la position qu'elle adopte à ce moment-là est confortable, pour sa manière de mettre le biberon en bouche, elle est douce et adéquate ; cette nourrice fait son travail machinalement, stimule le bébé ; et s'adressant à lui avec un langage adapté et elle répond immédiatement à la voix et au touché du bébé, et on a observé quelques signes affectifs envers Karim (bisou, sourires, visage mobile, expressif, Caresses, chatouilles), la nourrice a un regard direct et maintenu, elle sollicite même des fois le regard du bébé, et enfin elle le stimule (le bébé) à faire son rot, et le remet correctement à sa place.

- **Les caractéristiques observées chez le Bébé « C » :**

Le bébé Karim pleure les deux jours d'observation ; pendant l'allaitement il était dans les bras de la nourrice en position semi allongé, cette dernière lui soulève la tête, on observe aussi qu'il n'a aucune difficulté à prendre son biberon, détendu et parfois hypotonique il regarde la nourrice et tourne sa tête dans sa direction, il est apaisé immédiatement quand la nourrice le touche ou le regarde, parfois il fait des geignements, et d'autre fois il pleure. Il répond au regard et il fait son rot facilement, il reste calme au moment où on le remet en place.

1.4. Présentation du 4^{ème} cas (Nourrice « B »+ bébé « D ») :

- **Nourrice « B » :** a été déjà présentée dans le premier cas voir page 73.

- **Bébé « D » :** Amina est une petite fille âgée de 9^{ème} mois, dynamique et un peu agitée elle est abandonnée juste après sa naissance et placée au foyer pour enfants assistés de Bejaia après la signature de la mère d'un abandon provisoire. Vu ses conditions de vie et son travail dégradant, elle ne peut garder son enfant dans un milieu déshonorant et s'occuper d'elle. Cet enfant n'a jamais vu sa mère et par conséquent aucun lien affectif n'est établi entre cette dyade, issue d'une grossesse de neuf mois son développement est tout à fait normal, aucun problème de santé n'a été signalé dans son dossier médical.

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

- Présentation de la grille d'observation pour le 4^{ème} cas:

1^{er} jour :

Les protagonistes de l'interaction (les couples bébé-nourrice)		4 ^{er} cas:		
		Nourrice (B) « Rachida »	Bébé (D) « Amina»	
Les caractéristiques observées				
Phase I : avant l'allaitement	Humeur des protagonistes	-Bonne humeur : -Mauvaise humeur : -Calme : +	-le bébé dore:+ - Le bébé pleur : -Le bébé joue, passif:	
	Technique de préparation du biberon	-respect de toutes recommandations d'hygiène et autre : -oublie quelques règles :+ -le fait d'une manière anarchique :		
Phase II: pendant l'allaitement	Technique	Vérification de la température du lait	-prend le soin de vérifier la température : + -Ne vérifie pas la température :	
		La position à adopter	-Tient le bébé de manière confortable : + -Tient le bébé de manière inconfortable :	
		la mise en bouche du biberon	- Utilise le forcing pour mettre en bouche le biberon : -le met en bouche d'une manière douce et adéquate : +	
	Type d'interactions observées	Interaction comportementale	Corporelles	-Recherche le contact : -Stimulations tactiles positives : + - Distante et fait un travail machinal : +
			Effets du toucher	-Ne réagit pas : -Réagit après quelque minute : + -Réagit immédiatement :
		visuelles	-Regards directs : + -Maintient le regard : + -Sollicite le regard du bébé : - elle évite le regard avec le bébé : -le regard de temps en temps :	
		Vocales	-la nourrice s'adresse au bébé avec un langage adapté : + - la nourrice s'adresse au bébé avec un langage inadapté : -La nourrice est silencieuse : - La nourrice s'adresse a d'autre personne dans la salle : +	
		Effets de la voix	-Ne réagit pas : -Réagit après quelque minute : + -Réagit immédiatement :	
	Interaction affective	-Embrasse le bébé : -Sourires au bébé: + -Visage mobile, Expressif : + -Caresses, chatouilles:+		
	Phase III : après l'allaitement	Faire le rot	-Le stimule a faire son rot : -ne le stimule pas a faire son rot : +	-fait son rot facilement sans effort : -met beaucoup de temps pour le fait : +
La manière de remettre en place le bébé		-le remet d'une bonne manière : -le remet rapidement sans trop donner de l'importance à la position : +	-Il est calme :+ -Il est agité :	

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

2^{ème} jour :

Les protagonistes de l'interaction (les couples bébé-nourrice)		4 ^{ème} cas:			
		Nourrice (B) « Rachida »	Bébé (D) « Amina »		
Les caractéristiques observées					
Phase I : avant l'allaitement	Humeur des protagonistes		-Bonne humeur : -Mauvaise humeur : -Calme sans réaction : +	-le bébé dort: - Le bébé pleur : + -Le bébé joue, passif:	
	Technique de préparation du biberon		-respect de toutes recommandations d'hygiène et autre : + -oublie quelques règles : -le fait d'une manière anarchique :		
Phase II: pendant l'allaitement	Technique	Vérification de la température du lait	-prend le soin de vérifier la température : -Ne vérifie pas la température : +		
		La position à adopter	-Tient le bébé de manière confortable : + -Tient le bébé de manière inconfortable :	-Le bébé dans les bras de la nourrice position semi allongé, on soulevant sa tête : +	
		la mise en bouche du biberon	- Utilise le forcing pour mètre en bouche le biberon : -le met en bouche d'une manière douce et adéquate : +	- à du mal a tété son biberon : -n'a aucune difficulté à prendre son biberon : +	
	Type d'interactions observées	Interaction comportementale	Corporelles	-Recherche le contact : -Stimulations tactiles positives : + - Distante et fait un travail machinal :	-Hypertonique : -Hypotonique : + -Détendu :
			Effets du toucher	-Ne réagit pas : -Réagit après quelque minute : + -Réagit immédiatement :	-Ne le calme pas : -L'apaise après quelques minutes : + -L'apaise immédiatement :
		visuelles	-Regards directs : + -Maintient le regard : -Sollicite le regard du bébé : - elle évite le regard avec le bébé : -le regard de temps en temps : +	-Regarde la nourrice et tourne sa tête dans sa direction : + -Répond aux regards : + - Détourne le regard : -Exploration des objets proches : + - Exploration des objets distants : +	
		Vocales	-la nourrice s'adresse au bébé avec un langage adapté : + - la nourrice s'adresse au bébé avec un langage inadapté : -La nourrice est silencieuse : - La nourrice s'adresse a d'autre personne dans la salle : +	-Geignements : + -Sons quasi vocaliques : + -Pleurs : - passif :	
	Effets de la voix	-Ne réagit pas : -Réagit après quelque minute : + -Réagit immédiatement :	-Ne le calme pas : -L'apaise après quelques minutes : + -L'apaise immédiatement :		
	Interaction affective	-Embrasse le bébé : -Sourires au bébé: + -Visage mobile, Expressif : + -Caresses, chatouilles: +	-mobile, expressif : + -Peu de mobilité : -immobile, triste :		
	Phase III : après l'allaitement	Faire le rot		-Le stimule a faire son rot : + -ne le stimule pas a faire son rot :	-fait son rot facilement sans effort : -met beaucoup de temps pour le fait : +
La manière de remettre en place le bébé		-le remet d'une bonne manière :+ -le remet rapidement sans trop donner de l'importance à la position:	-Il est calme : -Il est agité : +		

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

- **Résumé des grilles d'observation pour le 4^{ème} cas :**

- **Les caractéristiques observées chez la nourrice « B » :**

La nourrice Rachida arrivée au travail calme, pendant les deux jours d'observation, sur le 4^{ème} cas, elle oublie de fermer la boîte du lait en poudre, et n'a pas vérifié la température du biberon ; quant à la position qu'elle adopte à ce moment-là est confortable, pour sa manière de mettre le biberon en bouche, elle est douce et adéquate ; cette nourrice fait son travail machinalement, stimule le bébé ; et s'adressant à lui avec un langage adapté et elle répond immédiatement à la voix et au touché du bébé, et on a observé quelques signes affectifs envers Amina (bisou, sourires, visage mobile, expressif, Caresses, chatouilles), la nourrice a un regard direct et maintenu, elle sollicite même des fois le regard du bébé, et enfin elle la stimule (le bébé) à faire son rot, et la remet correctement à sa place.

- **Les caractéristiques observées chez le Bébé « D » :**

Le bébé Amina dort le premier jour d'observation, par contre le deuxième jour elle pleure ; pendant l'allaitement elle était dans les bras de la nourrice en position semi allongé, cette dernière lui soulève la tête, on observe aussi qu'elle n'a aucune difficulté à prendre son biberon, détendue et parfois hypotonique elle regarde la nourrice et tourne sa tête dans sa direction, elle est apaisé immédiatement et parfois elle tarde quelque minute pour s'apaiser quand la nourrice la touche ou la regarde, parfois elle fait des geignements. Elle répond au regard et elle met du temps pour faire son rot, et elle reste calme au moment où on la remet en place.

- **Compte rendu de l'entretien :**

Nous nous sommes entretenus avec Mme Rachida nourrice « B », dans la cuisine de la chambre des bébés. On voyait bien qu'elle était occupée. En effet, elle venait de remettre un bébé à sa place et elle commençait à préparer un biberon pour un autre enfant qui n'allait pas tarder à se réveiller selon elle. Malgré cela, elle nous a reçu gentiment. Elle paraissait à l'aise avec nous dès le départ sans même connaître la raison de notre présence. Elle a accepté de coopérer avec nous et de répondre à nos questions. Nous lui avons, bien sûr, expliqué notre objectif, et les fins de notre recherche.

Nous avons commencé l'entretien avec Mme Rachida la nourrice « B », sur le climat de travail et ses difficultés, où elle a répondu : « *les seules difficultés qu'on peut trouver dans ce*

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

métier, est la fatigue et la charge de travail, avoir quatre enfant a charge et parfois même jusqu'à huit enfant a charge, c'est un moment redoutable , car le nombre d'enfant en charge, dépend du nombre d'admission et les sorties des enfants». Quant aux difficultés croisées lors de l'accomplissement de son activité, elle déclare : « ces bébés ce sont des êtres très fragile, qui peuvent souffrir, et qui demandent beaucoup d'attention, et chaque bébé a ses propre besoins, par conséquent, on doit faire tout ce qui est dans notre pouvoir pour satisfaire au mieux leurs besoins, et apaiser un peu de leur souffrance, car avant tout se sont des enfants abandonnes, mais tous ce la demande beaucoup d'attention, beaucoup d'énergie physique et de force morale et psychologique ».

Passant aux relations avec le personnel, elle dit « *on travaille tous ensemble, il existe une coopération et une ambiance au travail* » ; elle ajoute « *oui, mon travail se pratique dans de bonnes conditions. La preuve ! Je suis toujours la !* ».

Elle nous entame le sujet de ses relations avec les bébés et la relation qu'elle entretient avec eux. Mme Rachida nous dit : « *oui, je les considère comme ma famille. Le fait de les voir 3 fois par semaine, me permet d'être proche et de m'attacher à eux* ». Et elle ajoute « *Karim, est un garçon âgé de huit mois, il est généralement calme, n'exprime aucune réaction face à un étranger, ne manifeste aucune peur ni angoisse face à un nouveau visage, Par contre pendent les deux premiers mois de son placement il était pleurnichard et refusait la nourriture* ». Elle nous dit aussi : « *par contre, Amina, c'est une fille plutôt agitée, elle s'accroche à chaque personne s'approchant d'elle. Elle est très dépendante. Face à un étranger, elle ne manifeste aucune réaction ni méfiance, elle affiche une certaine indifférence ; en prenant compte de son âge qui est de 9 mois* ».

Concernant les interactions avec ces bébés la nourrice nous répond « *Les échanges avec les bébés son très bien, malgré que mon travail et fatigant je passe de bon moment avec eux, Amina demande beaucoup plus d'attention, elle veut jouer et découvrir le monde qui l'entoure, ce qui est normale pour son âge, par contre Karim est très tendre avec tous le monde, il souri a tous les visages qu'il aperçoit, ces deux bébés sont en âge ou les échanges avec autrui son plus fréquents* » ; elle dit aussi « *oui, je connais les noms des bébés dont je m'occupes* »

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

En fin, pour clôturer notre entretien, ou nous avons entamé une discussion sur la situation d'allaitement ou la nourrice nous répond : *«Karim réclame beaucoup son biberon, il aime manger et quant il ingurgite son biberon, il le fait rapidement, et dégage son rot d'une manière rapide aussi. Par contre Amina qui préfère le contact pendant qu'elle prend son biberon, alors elle prend tous son temps, on me fixant du regard, et elle est distraite a chaque fois qu'elle voie ou entend quelque chose, et je suis obligé de forcer certain bébés à prendre leur biberon, si non ils mangent rien de la journée, mais ces deux la hamdoullah j'ai jamais eu a faire ca »*, elle ajoute : *« Amina prend beaucoup de temps aussi pour faire son rot »* elle ajoute aussi : *« je les remet dans leurs berceaux, et je les laisse s'endormir tous seul , il sont habitués a dormir seul »*.

1.5. Présentation du 5^{ème} cas :

- **Nourrice « C »** : Amel est âgée de 45 ans célibataire, et sans enfants ; ayant une formation d'éducatrice, elle travaille au sein du foyer depuis onze ans, avec une bonne expérience au prêt des bébés ayant déjà travaillé plus de cinq dans une crèche ; et au par avant elle a travaillé dans l'ex pouponnière pour enfants abandonner qui se situe a l'hôpital Frantz Fanon ville de Bejaia pendant 9 ans. Cette nourrice a à ses actifs 25 ans d'expérience dans le domaine.

- **Bébé « E »** : Sabrina est une petite fille de 6 mois, toute maigrichonne, elle a été abandonnée définitivement par sa mère à la naissance, elle a une bonne santé selon ce qui a été déclarer dans son dossier médical, il est déclarer aussi qu'elle est née a terme par voie basse.

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

- présentation de la grille d'observation pour le 5^{ème} cas:

1^{er} jour :

Les protagonistes de l'interaction (les couples bébé-nourrice)		5 ^{ème} cas:		
		Nourrice (C) « Amel »	Bébé (E) « Sabrina »	
Les caractéristiques observées				
Phase I : avant l'allaitement	Humeur des protagonistes		-Bonne humeur : + -Mauvaise humeur : -Calme sans réaction :	
	Technique de préparation du biberon		-respect de toutes recommandations d'hygiène et autre : + -oublie quelques règles : -le fait d'une manière anarchique :	
Phase II : pendant l'allaitement	Technique	Vérification de la température du lait	-prend le soin de vérifier la température : + -Ne vérifie pas la température :	
		La position à adopter	-Tient le bébé de manière confortable : + -Tient le bébé de manière inconfortable	
		la mise en bouche du biberon	- Utilise le forcing pour mettre en bouche le biberon : -le met en bouche d'une manière douce et adéquate : +	
	Type d'interactions observées	Interaction comportementale	Corporelles	-Recherche le contact : + -Stimulations tactiles positives : + - Distante et fait un travail machinal :
			Effets du toucher	-Ne réagit pas : -Réagit après quelque minute : -Réagit immédiatement : +
		visuelles	-Regards directs : + -Maintient le regard : + -Sollicite le regard du bébé : + - elle évite le regard avec le bébé : -le regard de temps en temps :	
		Vocales	-la nourrice s'adresse au bébé avec un langage adapté : + - la nourrice s'adresse au bébé avec un langage inadapté : -La nourrice est silencieuse : - La nourrice s'adresse a d'autre personne dans la salle : +	
		Effets de la voix	-Ne réagit pas : -Réagit après quelque minute : -Réagit immédiatement : +	
	Interaction affective	-Embrasse le bébé : + -Sourires au bébé: + -Visage mobile, Expressif : + -Caresses, chatouilles: +		
	Phase III : après l'allaitement	Faire le rot		-Le stimule a faire son rot : + -ne le stimule pas a faire son rot :
La manière de remettre en place le bébé		-le remet d'une bonne manière : + -le remet rapidement sans trop donner de l'importance à la position:		

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

2^{eme} jour :

Les protagonistes de l'interaction (les couples bébé-nourrice) Les caractéristiques observées		5 ^{eme} cas:			
		Nourrice (C) « Amel »	Bébé (E) « Sabrina »		
Phase I : avant l'allaitement	Humeur des protagonistes		-Bonne humeur : + -Mauvaise humeur : -Calme sans réaction :	-le bébé dore: - Le bébé pleur : -Le bébé joue, passif: +	
	Technique de préparation du biberon		-respect de toutes recommandations d'hygiène et autre : + -oublie quelques règles : -le fait d'une manière anarchique :		
Phase II: pendant l'allaitement	Technique	Vérification de la température du lait	-prend le soin de vérifier la température : + -Ne vérifie pas la température :		
		La position à adopter	-Tient le bébé de manière confortable : + -Tient le bébé de manière inconfortable :	-Le bébé dans les bras de la nourrice en position semi allongé, on soulevant sa tête : +	
		la mise en bouche du biberon	- Utilise le forcing pour mètre en bouche le biberon : -le met en bouche d'une manière douce et adéquate : +	- à du mal a tété son biberon : -n'a aucune difficulté à prendre son biberon : +	
	Type d'interactions observées	Interaction comportementale	Corporelles	-Recherche le contact : + -Stimulations tactiles positives : + - Distant et fait un travail machinal :	-Hypertonique : -Hypotonique : + -Détendu :
			Effets du toucher	-Ne réagit pas : -Réagit après quelque minute : -Réagit immédiatement : +	-Ne le calme pas : -L'apaise après quelques minutes : -L'apaise immédiatement : +
		visuelles	-Regards directs : + -Maintient le regard : + -Sollicite le regard du bébé : + - elle évite le regard avec le bébé : -le regard de temps en temps :	-Regarde la nourrice et tourne sa tête dans sa direction : + -Répond aux regards : + - Détourne le regard : -Exploration des objets proches : + - Exploration des objets distants :	
		Vocales	-la nourrice s'adresse au bébé avec un langage adapté : + - la nourrice s'adresse au bébé avec un langage inadapté : -La nourrice est silencieuse : - La nourrice s'adresse a d'autre personne dans la salle :	-Geignements : + -Sons quasi vocaliques : -Pleurs : + - passif :	
		Effets de la voix	-Ne réagit pas : -Réagit après quelque minute : -Réagit immédiatement : +	-Ne le calme pas : -L'apaise après quelques minutes : -L'apaise immédiatement : +	
		Interaction affective	-Embrasse le bébé : -Sourires au bébé: + -Visage mobile, Expressif : + -Caresses, chatouilles: +	-mobile, expressif : + -Peu de mobilité : -immobile, triste :	
	Phase III : après l'allaitement	Faire le rot		-Le stimule a faire son rot : + -ne le stimule pas a faire son rot :	-fait son rot facilement sans effort : -met beaucoup de temps pour le fait : +
La manière de remettre en place le bébé		-le remet d'une bonne manière : + -le remet rapidement sans trop donner de l'importance à la position :	-Il est calme : -Il est agité : +		

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

- **Résumé des grilles d'observation pour le 5^{ème} cas :**
- **Les caractéristiques observées chez la nourrice « C » :**

La nourrice Amel arrivée au travail avec une bonne humeur, pendant les deux jours d'observation, sur le 5^{ème} cas, elle respecte toutes recommandations d'hygiène et autre ; prend le soin de vérifier la température quant a la position quelle adopte a ce moment là est confortable, pour sa manière de mettre le biberon en bouche ,elle est douce et adéquate ; cette nourrice Recherche le contacte, , stimule le bébé ; et s'adressant a lui avec un langage adapté et elle répond immédiatement a la voix et au touché du bébé, et on a observe quelque signe affectifs en vers Sabrina (bisou, sourires, visage mobile, expressif ,Caresses, chatouilles), la nourrice a un regard direct et maintenu, elle sollicite même des fois le regard du bébé, et enfin elle la simule (le bébé) a faire son rot, et la remet correctement a sa place.

- **Les caractéristiques observées chez le Bébé « E » :**

Le bébé Sabrina dort le premier jour d'observation, par contre le deuxième jour elle joue, passivement ; pendant l'allaitement elle était dans les bras de la nourrice on position semi allongé, cette dernière lui soulève la tête, on observe aussi qu'elle n'a aucune difficulté à prendre son biberon, détendu et parfois hypotonique elle regarde la nourrice et tourne sa tête dans sa direction, elle est apaise immédiatement et parfois elle tarde quelque minute pour s'apaisé quant la nourrice la touche ou la regard , parfois elle fait des geignements, d'autre fois elle reste passive. Elle répond au regard et elle met du temps pour faire son rot, elle reste calme au moment ou on la remet en place.

1.6. Présentation du 6^{ème} cas (Nourrice « C »+ bébé « F ») :

- **Nourrice « C » :** a été déjà présenter dans le premier cas voir page 81
- **Bébé « F » :** Mouloud est un petit garçon de 6 mois, pleurnichard et affectif au même temps, il est abandonné juste après sa naissance et placé au foyer pour enfants assistés de Bejaia après une naissance par césarienne à la fin du neuvième mois de grossesse. Issu d'une relation extraconjugale la mère à décider de signer un abandon définitif a la naissance, mais elle s'est rétracter a la dernière minute, en demandant de reformuler son procès verbale, elle signe alors un abandon provisoire, et de puis elle n'a pas donné de signe de vie. Mouloud est un bébé en très bonne santé selon son dossier médical.

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

- Résultat de la grille d'observation pour le 6^{ème} cas :

1^{er} jour :

Les protagonistes de l'interaction (les couples bébé-nourrice)		6 ^{ème} cas:		
		Nourrice (C) « Amel »	Bébé (F) « Mouloud »	
Les caractéristiques observées				
Phase I : avant l'allaitement	Humeur des protagonistes		-Bonne humeur : + -Mauvaise humeur : -Calme sans réaction :	
	Technique de préparation du biberon		-respect de toutes recommandations d'hygiène et autre : + -oublie quelques règles : -le fait d'une manière anarchique :	
Phase II : pendant l'allaitement	Technique	Vérification de la température du lait	-prend le soin de vérifier la température : -Ne vérifie pas la température :	
		La position à adopter	-Tient le bébé de manière confortable : + -Tient le bébé de manière inconfortable :	
		la mise en bouche du biberon	- Utilise le forcing pour mettre en bouche le biberon : -le met en bouche d'une manière douce et adéquate : +	
	Type d'interactions observées	Interaction comportementale	Corporelles	-Recherche le contact : + -Stimulations tactiles positives : + - Distante et fait un travail machinal :
			Effets du toucher	-Ne réagit pas : -Réagit après quelque minute : -Réagit immédiatement : +
		visuelles	-Regards directs : + -Maintient le regard : + -Sollicite le regard du bébé : + - elle évite le regard avec le bébé : -le regard de temps en temps :	
		Vocales	-la nourrice s'adresse au bébé avec un langage adapté : + - la nourrice s'adresse au bébé avec un langage inadapté : -La nourrice est silencieuse : - La nourrice s'adresse a d'autre personne dans la salle :	
		Effets de la voix	-Ne réagit pas : -Réagit après quelque minute : + -Réagit immédiatement :	
	Interaction affective	-Embrasse le bébé : + -Sourires au bébé:+ -Visage mobile, Expressif : + -Caresses, chatouilles: +		
	Phase III : après l'allaitement	Faire le rot		-Le stimule a faire son rot : + -ne le stimule pas a faire son rot :
La manière de remettre en place le bébé		-le remet d'une bonne manière :+ -le remet rapidement sans trop donner de l'importance à la position :		

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

2^{ème} jour :

Les protagonistes de l'interaction (les couples bébé-nourrice) Les caractéristiques observées		6 ^{ème} cas:		
		Nourrice (C) « Amel »	Bébé (F) « Mouloud »	
Phase I : avant l'allaitement	Humeur des protagonistes	-Bonne humeur : + -Mauvaise humeur : -Calme sans réaction :	-le bébé dore: - Le bébé pleur : + -Le bébé joue, passif:	
	Technique de préparation du biberon	-respect de toutes recommandations d'hygiène et autre : + -oublie quelques règles : -le fait d'une manière anarchique :		
Phase II: pendant l'allaitement	Technique	Vérification de la température du lait	-prend le soin de vérifier la température : + -Ne vérifie pas la température :	
		La position à adopter	-Tient le bébé de manière confortable : + -Tient le bébé de manière inconfortable :	
		la mise en bouche du biberon	- Utilise le forcing pour mètre en bouche le biberon : -le met en bouche d'une manière douce et adéquate : +	
	Type d'interactions observées	Interaction comportementale	Corporelles	-Recherche le contact : + -Stimulations tactiles positives : + - Distant et fait un travail machinal :
			Effets du toucher	-Ne réagit pas : -Réagit après quelque minute : + -Réagit immédiatement :
		visuelles	-Regards directs : + -Maintient le regard : + -Sollicite le regard du bébé : + - elle évite le regard avec le bébé : -le regard de temps en temps :	
		Vocales	-la nourrice s'adresse au bébé avec un langage adapté : + - la nourrice s'adresse au bébé avec un langage inadapté : -La nourrice est silencieuse : - La nourrice s'adresse a d'autre personne dans la salle :	
		Effets de la voix	-Ne réagit pas : -Réagit après quelque minute : + -Réagit immédiatement :	
		Interaction affective	-Embrasse le bébé : + -Sourires au bébé: + -Visage mobile, Expressif : + -Caresses, chatouilles: +	
	Phase III : après l'allaitement	Faire le rot	-Le stimule a faire son rot : -ne le stimule pas a faire son rot :	-fait son rot facilement sans effort :+ -met beaucoup de temps pour le fait :
La manière de remettre en place le bébé		-le remet d'une bonne manière : + -le remet rapidement sans trop donner de l'importance à la position:	-Il est calme : + -Il est agité :	

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

- **Résumé des grilles d'observation pour le 6^{ème} cas :**
- **Les caractéristiques observées chez la nourrice « C » :**

La nourrice Amel arrivée au travail avec une bonne humeur, pendant les deux jours d'observation, sur le 6^{ème} cas, elle respecte toutes recommandations d'hygiène et autre ; prend le soin de vérifier la température quant a la position qu'elle adopte a ce moment là est confortable, pour sa manière de mettre le biberon en bouche ,elle est douce et adéquate ; cette nourrice Recherche le contacte, stimule le bébé ; et s'adressant a lui avec un langage adapté et répond immédiatement a la voix et au touché du bébé, et on a observe quelque signe affectifs en vers Mouloud (bisou, sourires, visage mobile, expressif ,Caresses, chatouilles), la nourrice a un regard direct et maintenu, elle sollicite même des fois le regard du bébé, et enfin elle le simule (le bébé) a faire son rot, et le remet correctement a sa place.

- **Les caractéristiques observées chez le Bébé « F » :**

Le bébé Mouloud pleur pendant le premier et le deuxième jour d'observation ; pendant l'allaitement il était dans les bras de la nourrice on position semi allongé, cette dernière lui soulève la tête, on observe aussi qu'il n'a aucune difficulté à prendre son biberon, détendu ,il regarde la nourrice et tourne sa tête dans sa direction, il Explore des objets proches ainsi que des objets distants ; il est apaisé immédiatement le premier jour par contre le deuxième jour il tarde quelque minute pour s' apaisé, quant la nourrice le touche ou le regard , parfois il fait des geignements et d'autre fois il pleur. il répond au regard et fait son rot facilement sans effort, il reste calme au moment ou on la remet en place.

- **Compte rendu de l'entretien :**

L'entretien avec Amel la nourrice « C », s'est déroulé devant la table basse là ou en donne le biberon aux bébés. Après avoir expliqué l'objectif de notre recherche, M^{elle} Amel a immédiatement accepté de répondre à nos questions. Elle a été très coopérative, ses réponses étaient très constructive mais faute de temps. L'entretien n'a pas duré longtemps.

En premier lieu, on a débuté la discussion sur le climat professionnel qui règne au sein du foyer pour enfants assistés de Bejaia, ainsi qu'aux difficultés de ce métier qui pourraient éventuellement perturber le bon déroulement de sa fonction, ou elle dit : « *malgré le fait*

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

d'avoir déjà eu plusieurs bébé à charge, j'ai néanmoins vécu un certain déséquilibre lors de mon arrivée, submergée par les exigences du milieu, j'étais convaincue d'être bien préparée pour affronter la difficile réalité des conditions de vie en orphelinat ,car je tien a préciser que les condition de travail n'était absolument pas les même que maintenant et cela faute de moins, de structure de médicament et de donation je pourrais même dire que c'était un secteur oublier de l'état car considéré comme tabou »

Elle ajoute : *«que les conditions de travaille actuel son plus propice a l'exercice de ces fonction qui est celui de répondre aux besoins divers et varier d'un nourrisson et cela je c'est le faire l'ayant déjà fais dans mon précédent métier ».*

On peut dire que Amel a de bonnes relations professionnelles avec le personnel, car elle dit : *«Une fois que je me suis adaptée à l'environnement et à la routine de travail j'ai liée de bonne relations avec mes collègue se qui nous a permis de créé une bonne ambiance de travail et de bonne condition au foyer, on se considère presque comme les membre d'une même famille »*, elle ajoute : *«vous savais ses même cette ambiance créer qui nous permet de tenir le coup devant tous les différent cas que nous somme mener a traité »*, elle dit aussi : *«pour ce qui consterne mon travail avec les bébés, je pense que j'ais toujours fait de mon mieux pour subvenir a leurs besoins et a leurs attente au quotidien et cela quelque soit le cas traité, par cas je veux bien sur dire bébé normal, malade ou handicapé et cela bien sur avec l'aide de mes collègue, mais il y a lieu de signaler que y'a des situations qui sont mal prise en charge par nos dirigeants, mais généralement l'organisation au sein du foyer est assai satisfaisante»*. Cela signifie que notre cas n'a pas difficulté avec ses collègues et riche supérieur de travail ; et son travail au sein du foyer et avec les bébés, s'effectue généralement dans de bonnes conditions.

En second lieu, nous avons parlez sur les bébés : pour le bébé « E » Sabrina; elle dit : *« elle est placé ici, de puis qu'elle avait 2 jours, c'est-à-dire il ya 6 mois, suite a un abandon définitif, elle est un peut agitée et maigrichonne je crois que cela est du a son manque d'appétit , car elle mange pas beaucoup, la première fois quand lui a donné le biberon, elle avait du mal a le finir, elle le buvais en petite coupure, car elle a du male a digéré et tarder a faire son rot»* elle ajoute : *« qu'elle a des réaction de peur et de pleur a chaque nouveau son ou bruit qu'elle entant »*

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

Et pour le bébé « F » Mouloud ; elle dit : « *il est placé ici il y'a plus de 6 mois suite a un abondons définitif a la naissance, a son arrivé il était pleurnichard, il adorer quant on le prenne dans nos bras , et il crier très fort jusqu'à on satisfait ses besoins quant il veut son biberon ou se changer, et il se calme directement après avoir été satisfait, et aujourd'hui hamdoulah il est un beau bébé bien portant et il développe de bonne réaction face aux nouveau visage, car il est habitué avoir pleins de visage au sein de notre équipe »*

Quant aux interactions bébé-nourrice ; la nourrice nous a répondu : « *de puits le temps, j'aunais tellement vus de cas passer par le foyer que c'est devenu presque machinale de s'occuper des bébé »* concernant les deux cas que nous avons vu avec qu'elle Amel dit : « *Sabrina a fait de net progrès son agitation du début a presque disparu ,et elle commence a prendre du poids, et je pense, qu'elle commence à s'habitué au rythme du foyer , et pour Mouloud il est joyeux et porte un sourire régulier sur son visage il aime toujours quand le prenne dans les bras»* elle dit aussi : « *c'est pas parce que j'ai dit avant que mon métier est devenu machinale qu'on ne développe pas un lien d'attachement avec les bébé au contraire sa deviens presque viscérale »*.on note que le fait d'avoir fait ce métier depuis 25 ans le temps n'a pas empêché la nourrice Amel de nouée des lien d'attachement avec les bébés .

En dernier lieu, on a clôturé notre entretien par une discussion sur la situation d'allaitement, avec ces bébés ou elle nous répond directement : « *que avec le bébé Mouloud je n'ai pas eu de grande difficulté vus que d'est le début il a toujours bien pris son biberon, et pour Sabrina sa était un plus spéciale vu c'était un bébé maigrichon alors j'ai d'abor commencer a l'habitué au biberon on lui donnant de petite quantité puis sa c'est fait petite a petit ,et là elle commence même a récupérer le poids perdus et a s'embellir »*.

2. Synthèse des résultats :

Pour analyser le plus objectivement possible les interactions au sein des dyades, nous sommes appuyées sur les grilles d'observation des interactions. Nous avons rassemblé les informations dans un tableau synthétique ; et les réponses de l'entretien appliqué sur les nourrices.

Nous avons également transcrit toutes les observations on trois phase pour toutes les dyades, la première regroupe les observations faites avant l'allaitement, et qui concerne

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

l'humeur de chaque protagoniste, et la technique dont la nourrice prépare le biberon. Nous avons également organisé les données de la 2^{ème} phase dans ce tableau regroupant la technique d'allaitement de chaque nourrice, et les types d'interactions qui s'effectue pendant l'allaitement (affective, et comportementale : corporelles, visuelles, et vocale). Nous y avons également ajouté la 3^{ème} phase qui regroupe les informations observées après l'allaitement de chaque dyade (la manière de faire le rot, et de remettre le bébé en place), pour chaque phase de chaque temps. Cette démarche nous a paru intéressante dans la mesure où, comme nous l'avons déjà vu, les échanges entre ces deux protagonistes détermine la qualité de l'interaction et par conséquent la qualité du développement du bébé dans son environnement.

Par cet outil on a pu savoir que les nourrices Amel et Lydia commencés leurs travail avec une bonne humeur, pendant les deux jours d'observation, par contre Rachida est calme pas trop expressive ; les trois nourrice respecte toutes recommandations d'hygiène et autre ; prend le soin de vérifier la température sauf le cas de Rachida qui a omis de fermer la boîte du lait en poudre et n'a pas tout le temps vérifier la température du biberon ; quant à la position qu'elles adopte au moment de l'allaitement sont des positions confortables, pour la manière de mettre le biberon en bouche, elle est douce et adéquate et ce la dans tous les cas observés; on a pu aussi observé des signe affectifs chez toutes les nourrices (Sourires, caresses, bisous, chatouilles...), d'une manière général les nourrices recherche le contact avec les bébés, et les stimule; et quant elles s'adressant à eux elles utilise un langage adapté et elle répond à leurs besoins d'une manière régulières, et enfin on a pu observé chez les nourrices un bon comportement après l'allaitement, elles prennent le soin de bien faire le rot et remettre les bébés d'une manière convenable, sauf dans le cas de la nourrice « B » Rachida qui n'a pas stimulé le rot du bébé « C » et « D » mais ce dernier a 9 mois et l'autre a 8 mois, donc ce la n'a pas un grand impact sur le bébé.

D'autre part on a pu observé chez les bébés diverse comportement, comme leurs positions avant et pendant la situation d'allaitement, et leurs interactions corporelles qui était variés d'un bébé à l'autre (hypotonique, et détendu dans les bras de la nourrice en position semi allongé), les bébés de notre population n'ont aucune difficulté à prendre leurs biberon et cela est dû à leurs bon état de santé ; et on peut observé aussi quelque interactions comportementales, et affectives chez ces bébés.

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

Aprêt avoir eu l'accord des nourrices pour pratiquer un entretien semi-directif .Un guide d'entretien a été élaboré, afin de décrire les interactions bébé-nourrices pendant la situation d'allaitement, et l'environnement qui entoure cette dyade (bébé-nourrice) pendant cette opération.la passation de l'entretien a duré en moyenne 45 mm pour chaque nourrice, ou on a récolter un ensemble d'information sur notre sujet d'étude.

Notre population de recherche est composée de six (06) bébés et trois (03) nourrices, les bébés son âgés de deux (02) mois à neuf (09) mois ; les nourrices, elles sont de trente (30) ans à quarante cinq (45) ans.

Le niveau d'instruction des nourrices est variable, Lidia « nourrice A », est d'un niveau universitaire dont une licence dans le domaine de l'éducation, et elle a une expérience avec ses propre enfants, Amel a à son actif une bonne formation et expérience avec les enfants, et une connaissance dans le domaine, par contre Rachida a atteint le niveau secondaire, et n'a aucune expérience avec les enfants au par avant.

Les bébés sont des enfants abandonner à la naissance dans ce foyer, et n'on aucun contact avec leurs parents, et ils jouissent d'une bonne santé, issu d'une grossesse a terme selon leurs dossiers médicaux, consulter sur place, on remarquera que les bébés de notre population d'étude sont constitués de quatre (04) filles et deux (02) garçon. Pour ce qui concerne, le tempérament de ces bébés, ils varient d'un nourrisson à l'autre. Kamelia est d'un tempérament calme, et expressif ; Warda est assai calme sur les bornes ; par contre Sabrina et Amina elles sont dynamiques et un peu agitées ; et pour ce qui ai des garçons, Karim est tendre avec tous le monde et Mouloud est pleurnichard et affectif au même temps.

Les interactions des nourrices avec les bébés ce passe d'une manière harmonieuse et équilibré, et on remarquera une bonne ambiance de travail, et un bon climat général.

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

3. Discussion des hypothèses :

Après l'analyse de la grille d'observation et de l'entretien avec les nourrices, il est bien évident de discuter nos hypothèses de recherche qui tentent de répondre aux questions de départ et qui sont :

L'hypothèse principale :

- Les interactions entre bébé-nourrice pendant la situation d'allaitement se différencient d'une nourrice à une autre, et se déroulent dans une atmosphère positive.

A travers les résultats obtenus dans notre recherche, tous les cas étudiés répondent positivement à cette hypothèse, c'est-à-dire que les interactions entre bébé-nourrice se déroulent d'une manière positive, ou on a pu observer différents types d'interactions : affective, comportementale... ; qui contribuent au bon déroulement des échanges entre cette dyade. Ainsi qu'une bonne technique d'allaitement, et un certain professionnalisme dans les attitudes des nourrices, et ce malgré la charge de travail qu'elles ont ; bien que l'une d'entre elles (nourrice B : Rachida) ait eu certaines omissions dans sa technique et son approche mais cela n'a pas eu un impact, sur les échanges avec les bébés qu'elle garde.

Les hypothèses secondaires :

- La qualité des interactions entre bébé-nourrice pendant la situation d'allaitement est bonne.

A travers nos outils d'investigation on a pu constater différentes caractéristiques d'une bonne interaction bébé-nourrice dans notre population d'étude comme une bonne stimulation, de la part des nourrices sans excès, ces dernières, respectent le besoin de chaque enfant, et communiquent avec lui avec douceur, manière et langage appropriés, et enfin on a pu observer différentes marques d'attention et d'affection entre ces deux protagonistes,

Grâce à tous ces résultats que nous avons obtenus, nous pouvons dire qu'il y a une bonne interaction entre bébé-nourrice pour notre population d'étude,

- Le climat et les conditions de travail est un élément qui contribue à la qualité des interactions bébé-nourrice.

A travers les résultats de notre entretien on peut dire que le climat de travail est favorable au bon déroulement de l'interaction bébé-nourrice. Puisque le climat professionnel qui

Chapitre II | Présentation, analyse des résultats, et discussion des hypothèses

règne au sein du foyer pour enfants assistés de Bejaia, est bon selon les nourrices, qui déclare toutes les trois avoir de bonne relations professionnels avec une bonne collaboration et coopération entre collègue.

Conclusion Générale

[Tapez ici]

Conclusion générale

Conclusion générale :

La vie affective du bébé est organisée autour de la fonction alimentaire. ¹L'alimentation a une double fonction : c'est un besoin physiologique indispensable à la vie et c'est une source de plaisir, la déglutition du lait dans la bouche, le pharynx...ce plaisir est associé à la vue du visage maternel, au contact « peau à peau » entre la nourrice et l'enfant. ²

La perspective interactive a été considérée comme une véritable révolution méthodologique, dans l'approche du développement précoce. Cette démarche initiée par les travaux de Bowlby sur l'attachement, Lamour et Lebovisci, 1989 ; Kreisler, 1990, s'est inspirée du point de vue communicationniste centré non plus sur le sujet, mais sur les échanges entre individus et du point de vue éthologiste privilégiant l'observation du comportement. La perspective de l'interaction a conduit depuis quelques années à la multiplication des travaux sur les relations du bébé et de son entourage, modifiant ainsi l'ancienne image du nourrisson essentiellement passif pour imposer celle du bébé actif, compétent et impliqué dans une conversation riche et diversifiée. Nous nous intéressons ici plus spécialement aux interactions précoces bébé-nourrice. ³

L'objectif de notre recherche est de décrire les interactions bébé-nourrice pendant la situation d'allaitement. C'est pour cela que nous avons opté pour la méthode descriptive dans le but de décrire les interactions.

Notre pratique s'est déroulée au niveau du foyer pour enfants assistés de Bejaia. Nous avons utilisé deux outils de recherche, principalement, l'observation clinique qui nous a permis de recueillir des informations concernant les échanges bébé-nourrice d'une manière générales et pendant la situation d'allaitement plus particulièrement, et l'entretien semi directif comme un support qui vient compléter les données de ce dernier.

Notre population d'étude est constituée de (03) nourrices, et de (06) bébés, on a étudié six (06) dyade en interaction c'est à-dire, six couples bébé-nourrice, chaque nourrice interagit avec deux bébés de notre population d'étude.

¹ Professeur MOUTASSEM-MIMOUNI(B), Foyers pour enfants assistés, Etat des lieux et perspectives, UNICEF, SARL PRINTAL, Algérie, 2006, P6.

² DURAND (K), Le développement psychologique du bébé (0-2 ans), DUNOD, Paris, 2005, P94

³ DR MORAND DE JAUFFREY (P), La psychologie de l'enfant, MARABOUT, Belgique, 1995, P29

Conclusion générale

A partir des résultats obtenus par le biais d'observation et entretiens, nous, avons constaté que les dyades bébé –nourrice examinés préservent une bonne interaction pendant la situation d'allaitement, avec une bonne qualité interactive et un bon climat de travail, qui favorise le bon déroulement de l'interaction.

Ainsi on peut dire que nos hypothèses de travail sont confirmées, mais ne peuvent être généralisées.

Au terme de notre travail, nous proposons un nouveau protocole d'observation ainsi qu'un programme de stimulation, les interactions bébé-nourrice chez les enfants abandonnés est un contexte d'échange privilégié, qui peut nous permettre de révéler les causes de certains troubles comme les troubles du langage.

Annexes

[Tapez ici]

ANNEXE 2 : Préparation du guide d'entretien

Guide d'entretien :

Renseignement personnels :

- Nom, prénom.
- Age.
- Niveau d'instruction.
- Situation familiale.
- Nombre d'enfant (s'il y'en a).
- Formations professionnelles.
- Expériences professionnelles.

AXEI : Renseignement liées au climat du travail :

1. Quel genre de difficultés trouvez-vous durant l'exercice de votre profession ?
2. Comment qualifiez-vous les relations professionnelles avec le personnel du lieu de votre travail ?
3. Travaillez-vous en collaboration avec vos collègues ?
4. Combien de temps vous consacré a chaque bébé ? Justifiez votre réponse.
6. Recevez-vous des remarques négatives de la part de vos responsables ou collègues de travail?
7. Pensez-vous que votre travail avec les bébés s'exerce d'une manière satisfaisante ?
8. Pensez-vous que le travail dans ce foyer s'exerce dans de bonnes conditions ? Justifiez votre réponse.

AXEII : Renseignement liées aux bébés :

1. Pouvez-vous nous dire depuis quand, il est placé dans ce foyer ?
2. Comment sont ses comportements lors des premiers jours arrivés au foyer?
3. Quel est sa réaction, en présence d'un étranger?
4. Comment décririez-vous ce bébé ?

AXEIII : Renseignement liées aux interactions bébé-nourrice :

1. Comment sont vos relations avec les bébés? Justifiez votre réponse.
2. Connaissez-vous et souvenez-vous de tous les noms des bébés ?

ANNEXE 2 : Préparation du guide d'entretien

3. Quel est la réaction du bébé quant il vous aperçoit ? Et pensez-vous qu'il vous reconnait, en vous voyons ou en entendant votre voix ?

AXEIV: Renseignements liés à l'interaction pendant la situation d'allaitement :

1. Combien de temps prenez-vous, pour faire prendre à chaque enfant son biberon? Et à quel rythme.
2. Quel est la manière dont vous mettez le biberon dans la bouche du bébé ? Et utilisez-vous le forcing pour lui faire prendre le biberon ?
3. Que fait le bébé pendant la tété ? Vous regarde-t-il ?
4. Parlez-vous avec lui pendant ce moment là ? Et le stimulez-vous en quel conque manière ?
5. Le bébé s'agrippe t'il à vous quant vous lui donner le biberon ?
6. Comment gérez-vous l'allaitement quand plusieurs bébés vous réclament au même temps ?
7. Comment vous lui faites son rot ? Et quel est la manière dont vous le remettez en place ?

Liste Bibliographique

[Tapez ici]

Liste Bibliographique

Ouvrage

1. AJURIAGUERRA (J), Manuel de la psychiatrie de l'enfant, 2^e Edition, Paris, Masson, 1980.
2. AKTOUF (O), L'intervention en psychologie Clinique, IONESCON, Serban, 1987.
3. BAUBET (T), TAIEB (O), PRADERE (J), MORO (M-R), Traumatismes psychiques dans la première enfance. Sémiologie, diagnostic et traitement, EMC – Psychiatrique, 2004.
4. BEAUDRY (M), Recrée une culture de l'allaitement maternel dans le monde et au Québec, Acfas, 1998.
5. BENONY (CH), GOLSE (B), Psychopathologie du bébé, Armand colin, Espagne, 2005.
6. BERTHIAUME (F) et LAMOUREUX (A), Initiation à la recherche en psychologie, HRW ltée Montréal, Canada, 1981.
7. BOWLBY(J), L'attachement in *Attachement et perte*. Paris, PUF, 1978.
8. BRUNER (J), Comment les enfants apprennent à parler. Paris, Retz, 1999.
9. BULLINGER (A), La genèse de l'axe corporel, quelques repères, Enfance, 1998.
10. CARON-LEULLIEZ (M), Histoire d'une révolution oubliée, Atelier, 2004.
11. CASTARDE (M.F), Introduction à la psychologie clinique, Belin, Paris, 2003.
12. CAZALS (R), Des étrangères dans la France de Vichy, Taillandier, 2004
13. CESBRON (P), KNIBIEHLER (Y), La naissance en Occident, Albin Michel, 2004.
14. CHABROL (H), Que sais-je ? Les dépressions de la maternité, France, PUF, octobre 1998.
15. CHAUCHAT (H), L'enquête en psychologie, 2^{ème} édition, PUF, Paris, 1999
16. CHAHRAOUI (KH) et BENONY (H), Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique, Dunod, Paris, 2003.

17. CHILAND (C), L'entretien clinique, PUF, Paris, 1983.
18. CRUNELLE (D), L'attachement, y être attentif pour faciliter un meilleur développement du jeune enfant (0-3ans). Isbergues, Ortho Edition, 2008.
19. DELION(P), Dépistage et prise en charge précoces des troubles autistiques de la petite enfance. L'évolution Psychiatrique, 2004.
20. DELION (P), BEUCHER (A), BULLINGER (A), CAREL (A), Collectif. Les bébés à risque autistique. Paris, Erès; 2008.
21. DURAND (K), Le développement psychologique du bébé (0-2 ans), DUNOD, Paris, 2005.
22. ETCHEGOYEN (R.H), Los fundamentos de la psicoanalitica, Amorrortu ed, Buenos Aires, 1986.
23. FILDES (V), The cultural and biology of breastfeeding: anhistorical review of western europel. Dettwyle, 1995
24. FREUD (S), Deuil et mélancolie, Paris, Payot, 2011.
25. FREUD (S), RENAULD (D), MANNONI (O), Inhibition, symptôme, angoisse, Payot, Paris, 2014.
26. GODEFROID (J), Psychologie science humaine et science cognitive, De Boeck, Bruxelles, 2008.
27. GOLSE (B), Le développement affectif et intellectuel de l'enfant: compléments sur l'émergence du langage, 4ème édition, Masson, Paris, 2008.
28. GRAWIT (M), Méthodes des sciences sociales, Edition Dalloz, paris, 2001
29. GUENICHE (K), Psychopathologie de l'enfant, 2° Edition, LIBERDUPLEX, Barcelone, 2007.
30. GUIDETTI (M), Enfance d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui. Armand colin, 1997
31. KREISLER (L). La dépression du nourrisson. Revu Pédiatrie. 1984.

32. LAVARDE (A.M), Guide méthodologique de la recherche en psychologie, De Boeck, Bruxelles, 2008.
33. LETT (D), De MORET (M-F), Une histoire de l'allaitement. Edition de la marinière, 2006.
34. LIVOIR-PETERSEN (M-F), Le dialogue tonico-émotionnel : un gué permettant au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme. Contraste. 1 juin 2008.
35. MACADAM (S), Breastfeeding, biocultural perspective. *Dettwyler*, 1995
- 36 . MAZET (P), STOLERU (S). Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. Paris, Masson, 2003.
37. MESLIN (M), Un don biblique. Autrement, 1994.
38. MISSONNIER (S), BOIGE (N), «Je régurgite, donc je suis » : Vers une approche psychosomatique du reflux gastro-œsophagien du nourrisson (RGO), Devenir, 1999.
39. MONTAGNER (H), L'attachement, les débuts de la tendresse, Paris, Odile, 1988.
40. MORAND DE JAUFFREY (P), La psychologie de l'enfant, MARABOUT, Belgique, 1995.
41. PABIOT (C), et REMY (R), Guide préparation biberons, HUG, Genève, Septembre 2009.
42. PARE (A), Deux livres de chirurgie, de la génération de l'homme, & manière d'extraire les enfants hors du ventre de la mère. WECHEL (A), Paris, 1573.
43. PEDINIELLI (J.L), Introduction à la psychologie clinique, Armand Colin, Paris, 2005
44. PIERAUT-LE BONNNIEC (G), Connaître et le dire, Wavre, Mardaga, 1987.
45. POINSO (F), VIELLARD (M), DAFONSECA (D), SARLES (J), Les anorexies infantiles : de la naissance à la première enfance, Arch Pédiatrie, 2006.

46. SPITZ (R-A), La première année de la vie, in De la naissance à la parole. Paris, PUF, 1968.
47. TAVRIS (C), WADE (C), Introduction à la psychologie « les grandes perceptives », De Boeck, Bruxelles, 1999.
48. TILLIER(A), Des sources pour l’histoire des femmes, Bibliothèque nationale de France, 2004.
49. THOUËLLE (E), SOULE (M), L’allaitement maternel : une dynamique à bien comprendre, Edition Eres, 2007
49. TOURRETTE (C), GUIDETTI (M), Introduction à la psychologie du développement, du bébé à l’adolescent, 2eme Edition, ARMAND COLIN, Paris, 2004.
50. WINNICOTT (DW), La haine dans le contre-transfert. De la pédiatrie à la psychanalyse, Issy-les-Moulineaux, France, Payot, 1989.
51. WINNICOTT (D.W), Le bébé et sa mère. Paris, Payot ,1992.
52. ZAOUCHE-GAUDRON (CH), Le développement social de l’enfant (du bébé à l’enfant d’âge scolaire), Dunod, Paris, 2002.
- ZAZZO (R), Enfance éditorial, tome : 42.

Les revus

1. ALLAITEMENT MATERNEL MISE EN OEUVRE ET POURSUITE DANS LES 6 PREMIERS MOIS DE VIE DE L’ENFANT, *publications de l’ANAES*, MAI 2002
2. American Academy of Pediatrics, Infant feeding practices *Paediatrics*, 1994,
3. ANAES. Recommandations professionnelles, recommandation pour la pratique clinique de l’allaitement maternel mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie

4. MOUTASSEM-MIMOUNI(B), Foyers pour enfants assistés, Etat des lieux et perspectives, UNICEF, SARL PRINTAL, Algérie, 2006, P6.
5. OMS (Organisation mondiale de la Santé), La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, Genève, 2001.
6. Rayer L. Féminisme et allaitement maternel en France, des années 1850 à l'an 2000. 2ème Journée Normande d'allaitement, Caen, 15 novembre 2012.

Les thèses

1. CHARPENTIER (E), Étude descriptive des raisons du choix de l'allaitement artificiel, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme, Université Joseph Fourier, U.F.R. de médecine de Grenoble, 2012.
2. LENSEELE (U), Repérer dès la maternité les difficultés d'instauration des premiers liens mère-enfant: étude d'une «grille d'évaluation de la qualité des premiers liens» à la maternité Jeanne de Flandre, Mémoire En vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie, Dirigé par : LEMAÎTRE (V), pédopsychiatre, hôpital Michel Fontan, CHRU de Lille, Université de Lille 2 droit et santé, 2011.
3. LEVY(D). *Interactions précoces mères-nouveau-nés prématurés dans les premiers jours de vie : deux personnages en quête d'auteurs*. Mémoire d'orthophonie, Nancy, 1999.
4. MAISSE (S), PITOU (E), Impact sur le développement de l'oralité et l'évolution des interactions mère-enfant, Mémoire En vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie, Dirigé par : Professeur SIMON, UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY I, FACULTE DE MEDECINE DE NANCY, ECOLE D'ORTHOPHONIE DE LORRAINE, 2009.

5. ROCHER-BARRAT (C), La maternité adolescente : « les aléas du lien », Mémoire de DESS de psychologie clinique et pathologique, Université Charles de Gaulle - Lille III, 2004.
TRIAA BENHAMMADI (I), Les déterminants du choix du mode d'allaitement ; Étude prospective auprès de 111 femmes À la maternité de Max Fourestier de Nanterre, Thèse pour le doctorat en médecine, Université Paris Diderot, Paris 7, Faculté de médecine, Dirigé par Dr SANTANA (P), 2009.

Les dictionnaires

1. BLOCH (H), CHEMAMA (R), GALLO (A), LECONTE (P), LENY (J, F), POSTEL (J), MOSCOVICI (S), REUHLIN (M), VURPILLOT (E), Grand dictionnaire de la psychologie, Larousse, MAURY, Bruxelles, 1992.
2. NORBERT (S), Dictionnaire de psychologie, IN EXTENSO, France, 2004

Les sites d'internet

<http://www.has-sante.fr/portail/plugins/pdf>. Consulté le 27/09/14 à 00h45

<http://www.info-allaitement.org/regles-dor.html> consulté le 01/01/15 13 h 15

<http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/95-allaitement-maternel> consulté le 13/02/15 à 12h45

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Allaitement> consulté le 27/09/14 à 00h45

www.sante.dz/mics3.pdf. Consulté le 27/09/14 à 14h30

www.ons.dz/IMG/pdf/Note_explicative.pdf consulté le 29/09/14 à 23h00

<http://www.mpedia.fr/230-allaitement-mixte.html> consulté le 12/01/15 à 00h30

<http://www.allaitementmixte.com/> consulté le 02/03/15 à 11h30

fr.wikipedia.org/wiki/Lait_artificiel consulté le 15/02/15 à 12h 45

www.sante.dz/mics3.pdf. . Consulté le 27/09/14 à 22 h45

<http://www.babycenter.fr> consulté le 27/03/15 à 00h00

<http://www.larousse.fr/.../f.../gri%C3%A8vement/38199/difficulte> consulté le 23/03/15 à 14h 50

<http://www.etudier.com/dissertations/Grille> consulté le 27/03/15 à 16h45