

# ALLAITEMENT ET PRÉCARITÉ

Elles sont de plus en plus nombreuses à faire appel à l'urgence sociale et les chiffres ne cessent d'augmenter. Elles, ce sont les "familles" hébergées par les services d'urgence. Par famille, il faut entendre une structure constituée par au moins un enfant mineur accompagné d'au moins un adulte, ou par une femme enceinte depuis plus de 3 mois. En dix ans, la part des familles parmi les usagers du 115 de Paris est passée de 12 % en 1999 à 48 % en 2009. À cette augmentation s'ajoute la croissance régulière des durées moyennes annuelles d'hébergement, qui sont passées de 18 jours en 1999 à 217 jours en 2009. Ces familles sont hébergées en structures hôtelières dans 98 % des cas. De nombreuses femmes seules et enceintes font appel au PHRH (Pôle d'Hébergement et de Réservation Hôtelière) du 115, elles représentent 6 % des familles hébergées en 2008... Bien entendu, cette situation de précarité majore la fragilité de ces femmes. Elles sont bien souvent sous-alimentées ou malnutries et susceptibles de développer des complications liées à leurs mauvaises conditions de vie (instabilité du logement et déplacements multiples, vie dans la rue, difficultés à communiquer...). Ces complications, conjuguées à la fragilité émotionnelle que crée la grossesse, entraînent des troubles psychologiques plus ou moins importants, allant jusqu'aux épisodes psychiatriques et pouvant compromettre le développement du bébé et plus largement celui de la relation mère-enfant.

Dans ce contexte, nous pourrions penser que l'allaitement maternel est naturellement répandu parmi cette population : gratuit, ne nécessitant pas de conditions d'hygiène parti-

culières (contrairement à l'allaitement artificiel), permettant de donner à manger au bébé dans toutes sortes de lieux... Or, dans la réalité, il se passe exactement le contraire. Plusieurs sources récentes rapportent que seulement 23 % des femmes en situation de précarité allaitent au sein, contre 62 % pour l'ensemble des femmes. L'allaitement maternel est interrompu au cours du premier mois pour 70 % chez les premières contre 40 % pour l'ensemble.<sup>1</sup>



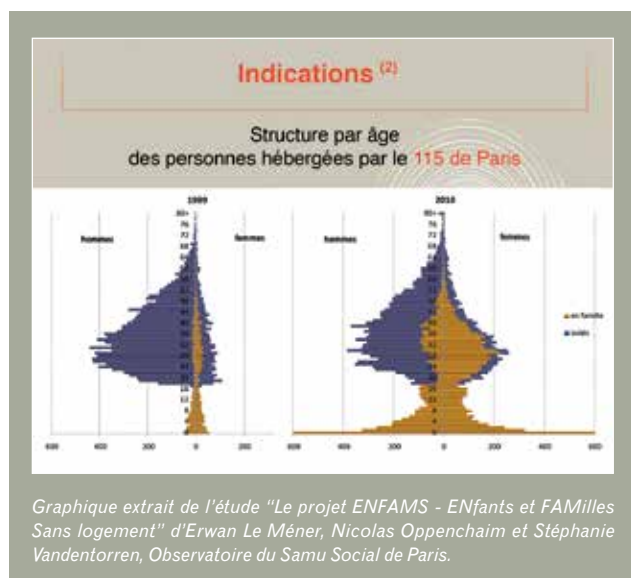
Affiche éditée par la CoFAM.

Comme le souligne Michèle Finzi, anthropologue, « on peut être interpellé par une situation paradoxale : en théorie, l'allaitement au sein est plus pratique, gratuit, à température et donc davantage conciliable avec une vie dans l'urgence, contrairement aux substituts au lait maternel qui coûtent très cher, obligent à réaliser des préparations, trouver de l'eau, chauffer les biberons, et qui demandent des procédés savants en matière d'hygiène, etc. ».

C'est à partir de ce paradoxe que la présidente de la CoFAM (Coordination Française pour l'Allaitement Maternel), Aurélie Serry, a décidé de créer un groupe d'étude appelé "Allaitement maternel et précarité".

Elle raconte : « un jour je suis allée dans une banque alimentaire. J'ai vu que l'allaitement au sein n'avait aucune place, il n'était ni évoqué, ni valorisé. Je savais aussi que les femmes étaient très exposées aux publicités pour des laits industriels. J'avais auparavant rencontré beaucoup de femmes en situation de précarité qui pensaient que le lait artificiel était bien meilleur que le leur, car c'était affiché partout, dans les pharmacies, dans les magasins... Étant donné le nombre de femmes qui sont dans des situations pénibles en France, il me semblait que la CoFAM devait se pencher sur cette population particulière. Nous avons donc rajouté cet axe aux statuts de la coordination et nous avons créé ce groupe de travail sur l'allaitement et la précarité ».

Ce groupe se compose d'une équipe pluridisciplinaire rassemblant des associations d'usagers, des professionnels de la santé et de la périnatalité, des médecins de PMI et un certain nombre d'intervenants de réseaux (SOLIPAM, PRENAP, OMBREL, le PRALL...). Aurélie Serry souligne : « L'enjeu était pour nous de provoquer une rencontre entre les acteurs qui s'occupent plutôt de précarité et ceux qui s'occupent plutôt d'allaitement maternel.



1 Gojard S, L'allaitement : une pratique socialement différenciée, INRA, Recherche et prévisions, 1998.

De cette rencontre, nous voulions des actions valables, efficaces, visant à soutenir l'allaitement maternel parmi cette population. Ça a été assez complexe pour le groupe et nous avons identifié qu'il était nécessaire, pour être le plus pertinent et le plus efficace possible, de faire une étude de terrain afin de déterminer les besoins et surtout de formuler des préconisations. Nous avons sélectionné le cabinet d'anthropologie ANTHROPOS Consultants. Les résultats de l'étude (voir l'interview d'Adrienne O'Deye ci-contre) ont effectivement été très utiles ».

Au vu de ces résultats, dont certains étaient attendus, d'autres beaucoup moins, le groupe de travail de la CoFAM a produit des documents, des supports sous diverses formes, afin de communiquer les avantages de l'allaitement maternel parmi ces populations. Ces documents sont destinés à être affichés, disposés dans les lieux, entre autres identifiés par le cabinet Anthropos Consultants. Il semble assez urgent, effectivement, que des informations soient délivrées de façon claire et positive, dans tous les lieux qui accueillent des femmes. ■

## INTERVIEW

→ Adrienne O'Deyé et Clotilde O'Deyé, sociologues, respectivement formatrice et chercheuse spécialisée dans les champs de l'intervention sociale ou médico-sociale, et, chargée de développement de projets à caractère social, sanitaire ou culturel, spécialisée dans les champs des phénomènes migratoires, ont réalisé l'étude commanditée par la CoFAM, au sein du Cabinet Anthropos Consultants. Elles répondent à nos questions.

### Quelle a été la particularité méthodologique de cette enquête?

Dans un premier temps, il nous a été commandé un état de lieux de l'aide alimentaire à destination des femmes enceintes ou jeunes mères en situation de précarité, sur les départements pilotes sélectionnés par le groupe de travail CoFAM. Cette enquête a débuté par un recensement de l'ensemble des structures agissant en matière d'aide alimentaire et accueillant "tout public". Or, parmi elles, rares sont celles qui accueillent effectivement des femmes enceintes ou jeunes mamans. L'accueil des femmes d'une façon plus générale n'est pas précisément répertorié, ni au sein des annuaires existants, ni sur les différents sites internet disponibles. Il a donc fallu mener ensuite une véritable enquête de terrain, structure par structure visant à chercher cette information. Ce travail laborieux a donné lieu à un dossier consacré et à l'établissement d'une centaine de "fiches structures" précisant coordonnées, modes de fonctionnement, constitution des équipes, partenaires mobilisés et modalités d'accueil et d'accompagnement des femmes en question.

Il s'agissait, pour répondre à la seconde partie de la commande, de constituer et traiter une bibliographie la plus exhaustive possible sur l'allaitement maternel et la précarité. Or, si la littérature traite bien de la thématique de l'allaitement, rares sont ceux qui, en France du moins, se sont penchés spécifiquement sur le rapport qu'entretiennent les femmes en situation de précarité avec l'allaitement (croisement davantage exploré aux États-Unis et au Canada).

### Qu'est-ce que cela a impliqué?

Il a donc été nécessaire de balayer très large pour trouver des informations souvent parcellaires qu'il s'est agi de croiser ensuite par une analyse thématique transversale nourrie autant par les champs de la santé, du social, de l'éducation, de la nutrition, etc., que par la nature très diversifiée et hétérogène des sources susceptible de mieux cerner les liens entre allaitement maternel et précarité.

Une enquête par entretien est venue enfin compléter, enrichir et confronter les précédentes analyses à la réalité et au quotidien des femmes comme des intervenants susceptibles de les rencontrer. Une quarantaine de personnes a été interviewée sur Paris-Petite Couronne et sur Lille-métropole, dont des bénévoles et professionnels du secteur associatif agissant dans le domaine de l'aide alimentaire, des professionnels rattachés aux maternités, aux centres de Protection maternelle et infantile (PMI), aux dispositifs santé (ARS, plans, etc.) et réseaux de périnatalité, acteurs de centres maternels ou de foyers d'hébergement (accueil d'urgence, CHRS, Appartements de coordination thérapeutique), des structures d'accueil de jour (ESI et permanences sociales) accompagnant des femmes.

Cette étude a permis une analyse des facteurs freins ou favorables à l'allaitement maternel en situation de précarité ainsi qu'à de très nombreuses préconisations et identifications d'actions opérationnelles à mettre en œuvre, comme des acteurs mobilisables en ce sens. >



## Monitoring - Doppler - Echographe - Rééducation

### F3 Monito gémellaire

Les capteurs très haute sensibilité assurent une détection fœtale instantanée, dès 18 semaines d'aménorrhées, et même dans les cas extrêmes (obésité, arythmie, présentation basse...)

Dès le retour au cabinet, exportation sur clé USB, puis archivage sur PC des tracés réalisés à domicile.

Qualité et précision inégalées du tracé imprimé  
Technologie exclusive d'acquisition

Batterie Lithium-Ion de 7 heures - Calcul de la VCT  
Léger 3.5 Kg, logiciel PC offert - Prêt en cas de panne

Essai gratuit

### YSY EST EVOLUTION 2

Biofeedback & Stimulation  
Ecran tactile informatisé\*

Efficacité et confort de stimulation reconnus  
Biofeedback temps réel non perturbé  
Biofeedback ludiques animés (jeux)  
Fichiers patients et bilans  
Planches anatomiques avec zoom  
Protocoles créés par les plus grands formateurs



YSY MEDICAL - Importateur exclusif **EDAN**  
 YSY MEDICAL - 9, Avenue de la Fontanisse - 30660 GALLARGUES LE MONTUEUX - Tél : 04 66 64 05 11 - Site : [www.ysy-medical.fr](http://www.ysy-medical.fr) - Email : [contact@ysy-medical.fr](mailto:contact@ysy-medical.fr)

## SUIVE DE L'INTERVIEW

**Quelles sont les données disponibles en matière de précarité aujourd'hui, en France ?**

Le Père Joseph Wresinski, fondateur d'ATD Quart Monde, considère la précarité comme *"l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins grave et définitive. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible."*

Cette définition souvent reprise car elle décrit le phénomène de façon globale montre, comme les données de terrain le confirment, que "la" précarité recouvre des situations extrêmement diversifiées que les grandes catégories statistiques ne permettent pas de cerner dans leur complexité.

Ainsi, pour cette étude, nous avons distingué :

- Les personnes en situation de pauvreté qui comptent en France, entre 4,7 millions de personnes et 8,5 millions (selon que le seuil de pauvreté soit fixé à 50 ou 60 % du niveau de vie médian). Les femmes constituent, quelle qu'en soit l'estimation, un peu moins de la moitié de cette population.
- Des personnes en situation d'exclusion ou de "privation matérielle grave", telle l'absence de domicile, l'errance et la non-inclusion sociale en général.

Il est impossible d'évaluer précisément le nombre de personnes concernées par l'exclusion dans la mesure où une part importante d'entre elles demeure "invisible", sans rattachement identifié, non affiliée, non domiciliée et ne bénéficiant d'aucun suivi ni recours aux dispositifs d'aide ou accompagnement social et sanitaire. Les estimations font cependant état de 150 000 à 250 000 personnes exclues en France<sup>1</sup>, au sein desquelles 10 à 20 % de femmes. Pour ne prendre qu'un exemple, en 2010, les femmes constituent plus de 17 % de la population SDF de Paris. Les personnes accueillies par le Samu Social comptent aujourd'hui 20 % de femmes (contre 13 % avant 2000). En 2009, le Samu Social de Paris comptabilise 400 bébés nés dans la rue ou hébergés avec leur maman sans domicile.

Toutes les sources s'accordent : la part de femmes, de familles et d'enfants est en constante augmentation.

**Qu'en est-il du rapport allaitement et précarité ?**

Les analyses croisées de la littérature présentent la précarité comme un frein à l'allaitement maternel ou à sa poursuite : les femmes en situation de précarité allaiteraient nettement moins que les autres, l'arrêt de l'allaitement au cours du premier mois serait également bien plus fréquent.

En l'absence de données plus fines il est impossible en revanche de préciser l'influence de facteurs tels que l'activité professionnelle (en 2001, une enquête INSEE fait état de 28,1 % de SDF actifs!), l'âge, le niveau de diplôme, etc.

L'étude précise en outre qu'il n'y a pas moins d'appétence à l'allaitement maternel pour les femmes "précaires" et que les taux inférieurs sont la résultante de l'imbrication complexe de plusieurs facteurs liés aux conditions de vie et à l'environnement contraignant des femmes : rythme quotidien, manque de temps en intimité avec le bébé, fatigue et extrême mobilité (un nouveau lieu chaque jour).

D'une manière générale, les femmes d'origines étrangères allaiteraient plus à la naissance du bébé que les femmes nées en France (92 % vs 70 %) <sup>2</sup>. Au sein du groupe des femmes "précaires", les femmes migrantes conserveraient encore un taux d'allaitement plus élevé que l'ensemble, qu'en baisse sensible, se rapprochant de la moyenne nationale.

**Y a-t-il des tendances d'origine géographique ?**

Non. Y compris dans les pays d'origine, les taux d'allaitement sont très disparates... Le Ghana et la Côte d'Ivoire, pays pourtant limitrophes, enregistrent respectivement des taux d'environ 15 % et 80 % d'allaitement exclusif. En Thaïlande, seulement 5 % des mères allaitent, alors

que ce taux est de 10 % au Viet-Nam et de 28 % en Chine<sup>3</sup>. En Europe, certains pays affichent un taux à 85 % comme la Norvège, la Suède, l'Italie, la Suisse, la Turquie, tandis que la France se situe autour de 60 % et la Belgique, l'Espagne et l'Angleterre sont aux alentours de 70 %.

L'origine géographique des femmes migrantes ne constitue pas en soi un facteur explicatif du rapport maintenu avec l'allaitement et un hypothétique "savoir allaiter" tant valorisé et généralisé dans les représentations sociales en présence. L'étude tend à montrer que la fragilité sociale, la précarité et les modes de vie qui lui sont associés, prennent largement le pas sur l'aspect culturel.

**Pour celles qui allaitent traditionnellement, continuent-elles en arrivant en France ?**

La migration influence à la fois la durée et les taux d'allaitement. L'enfant allaité jusqu'à ses 18-24 mois en Afrique subsaharienne par exemple, cesse de l'être avant ses 6 mois après la migration. En Chine, la durée moyenne d'allaitement de 14 mois, chute à une semaine à l'arrivée en France. Par ailleurs, les conditions dans lesquelles se fait la migration, comme les conditions d'accueil à l'arrivée dans le pays vont modifier sensiblement les habitudes culturelles dont le recours à l'allaitement maternel.

**C'est valable pour l'ensemble des femmes migrantes ?**

Il y a une population qui semble faire exception, à savoir les femmes Roms en ce qu'elles n'accèdent quasiment pas au dispositif d'aide alimentaire, échappent totalement aux circuits de droit commun, bénéficiant rarement de l'AME et n'ont aucun suivi de grossesse ni suivi santé plus large, etc., mais demeurent majoritairement allaitantes et dans la durée<sup>4</sup>.

**Le parcours de soin auquel elles ont à faire est-il globalement soutenant ?**

Il est nécessaire de préciser que nombre de femmes échappent totalement au circuit médico-social. Quand elles rencontrent des acteurs médicaux et sociaux les difficultés sont immenses et multiples. L'allaitement maternel est relégué au second plan, en termes d'information comme d'accompagnement pratique, au profit du traitement de graves problématiques de santé et de subsistance des femmes enceintes ou mères d'un nourrisson.

Il est important de préciser ici que l'extrême difficulté et les conditions actuelles de travail rencontrées par les acteurs œuvrant dans le champ de la grande précarité poussent à accompagner en priorité et en urgence le suivi de grossesse, les contrôles de santé, la sous-nutrition, l'absence d'hébergement, la situation administrative, etc. Nous avons pu mesurer la force de leur engagement auprès de ces personnes particulièrement vulnérables et l'énorme investissement personnel que chacun y met. Les actions menées par les acteurs que nous avons rencontrés, membres d'associations, bénévoles, travailleurs sociaux, services de PMI, maternités, centres d'accueil de jour, espaces sociaux d'insertion (ESI), sont extrêmement riches et diversifiées et souvent innovantes mais très rarement tournées vers l'allaitement maternel.

**Quelles en sont les autres causes ?**

L'étude a montré qu'il y a un faible niveau de connaissances relatives à l'allaitement maternel chez les professionnels et bénévoles de l'urgence sociale susceptibles de rencontrer les femmes en situation de précarité. De manière plus large, les travailleurs sociaux, les acteurs du champ éducatif, les professionnels des foyers et centres d'hébergement, pourraient bénéficier d'une sensibilisation et/ou de formation sur les données scientifiques disponibles sur le lait maternel, les modalités pratiques d'accompagnement ou tout au moins faire connaissance avec les réseaux de soutien opérants à solliciter localement au besoin.

Par ailleurs, la grande accessibilité des laits de substitution dans le commerce et dans l'ensemble des espaces d'accueil du médico-social (à l'exception de certaines maternités et PMI), leur omniprésence dans le secteur de l'aide alimentaire (les colis bébés d'aide alimentaire contiennent nécessairement du lait en poudre) jouent vraisemblablement comme frein à l'allaitement au sein. Et ce, d'autant

que le lait industriel et ses accessoires (biberons, etc.) semblent très valorisés socialement et considérés communément comme équivalent au lait maternel. Le grand public n'en est pas exempt; qui a déjà entendu parler du code de commercialisation du lait artificiel et des préconisations de l'OMS? Les accompagnants se disent parfois "rassurés" de cette alimentation face à la peur souvent exprimée d'un bébé sous-alimenté par manque de lait de sa mère. Pour autant, les dérives propres au lait en poudre sont courantes; lait premier âge mélangé à du deuxième âge, des doses de lait rajouté ou diluées, etc.

Dans le même sens, faute de savoir-faire spécifiques disponibles dans le partenariat proche, on veut "simplifier" la vie de mères très stressées par leur rythme de vie et pour qui, l'allaitement au sein, bien que théoriquement plus simple et naturel, peut s'avérer complexe et moins rassurant. Par ailleurs, le manque d'accès à l'information et le manque d'accompagnement pratique à allaiter, facteurs déjà identifiés comme défavorables à l'allaitement maternel pour l'ensemble de la population, "disqualifient" implicitement encore davantage les femmes en situations de précarité.

### Comment orienter d'éventuelles actions?

Il est indispensable de réfléchir à l'adaptation des modalités d'actions aux parcours et au quotidien spécifiques des femmes en situation de précarité, à partir des propositions suivantes détaillées au sein de l'étude:

- Informer davantage, plus tôt, au moyen de supports de communication spécifiquement adaptés aux populations ciblées (formes et fonds),

- Mener des actions de formation et de sensibilisation des acteurs de la périnatalité, du social, de l'immigration, de l'hébergement,
- des actions de soutien de proximité, au sortir par exemple de la maternité (équipes de liaison, visites, associations-relais, etc.),
- actions de travail en réseau (réseau de périnatalité, de santé, de soutien à la parentalité, réseau d'accueil, PRALL, etc.) et d'information,
- valorisation des approches innovantes telles celles du réseau Solipam, Ombrel, Prenap, etc.,
- actions de renforcement du positionnement institutionnel et politique (recommandations internationales, dispositifs nationaux et régionaux, plans, programmes, fédérations, etc.)

La proportion de femmes en situation de précarité augmente régulièrement et de façon notable. Ces femmes ne bénéficient pas des mêmes atouts que les autres: manque d'accès aux informations, aux soins et aux dispositifs de droit commun. L'enjeu de l'allaitement maternel rejoint celui de la lutte contre la discrimination. Cet enjeu implique de mettre en place des actions pertinentes pour permettre à toutes les femmes de bénéficier d'un même niveau d'accès à la maternité, au sens large du terme, de façon à ce que la question du choix face à l'allaitement soit réellement posée. La liberté de choix ne peut s'entendre sans l'accessibilité au même niveau de ressources théoriques et pratiques pour chaque femme quel que soit son milieu social. Un allaitement interrompu en raison d'un manque d'information et d'accompagnement dans cette démarche est à ce titre discriminant. ■

**ANTHROPOS** → Cabinet de formation et de recherche pluridisciplinaire spécialisé dans l'approche réseau de l'intervention sociale et médico-sociale, intervenant en soutien aux équipes dans le développement de réseau d'acteurs sociaux, de projets et d'actions innovantes.

**SOLIPAM** → Le réseau SOLIPAM regroupe les professionnels médicaux et sociaux d'Ile de France confrontés aux risques sanitaires encourus par la mère et l'enfant en situation de grande précarité faute de prise en charge coordonnée et adaptée aux besoins (danger somatique, psychique et relation mère enfant pouvant être gravement perturbée avec des conséquences souvent irréversibles). Ce réseau a pour but de coordonner les secteurs hospitaliers publics et privés et les structures de proximité afin d'assurer et d'optimiser la prise en charge de ces femmes enceintes, jeunes mères et de leurs enfants, jusqu'au 3ème mois après la naissance.

**OMBREL** → Organisation Maman Bébé de la REgion Lilloise – réseau de professionnels et d'associations au service de la grossesse, de la naissance et du jeune enfant.

**PRALL** → Programme Relais Allaitement, programme de soutien à l'allaitement maternel. Son but est d'augmenter la prévalence et la durée de l'allaitement maternel notamment pour les populations ayant un accès difficile aux informations et ressources disponibles (situations précaires, milieux défavorisés, personnes handicapées... Il est

l'adaptation française du programme « peer counsellor », conçu et développé par La Leche League International (LLLI) depuis 20 ans. L'objectif de ce réseau étant de créer et de développer des réseaux locaux structurés d'information et de soutien de mère à mère, coordonnés par un responsable de réseau (professionnels de santé, de la petite enfance, travailleurs sociaux ...).

**PRENAP** → Projet Régional Expérimental Nutrition et Allaitement chez les femmes Précaires. Projet de partenariat entre l'ESI familles (Espace Solidarité Insertion) de l'Association Emmaüs et la Maternité de Port Royal (Hôpital Cochin de Paris). PRENAP est axé sur l'accueil des femmes enceintes isolées dans des situations sociales fragilisées et précarisée et a pour objectifs :

- d'accompagner les femmes enceintes en situation de précarité et/ou de vulnérabilité, sur le plan social, psychologique et nutritionnel
- dans le cadre de la nutrition du jeune enfant, de promouvoir l'allaitement maternel auprès de ces femmes et, pour celles qui le choisissent, d'en optimiser les conditions de mise en œuvre.

**CoFAM** → Coordination Française pour l'Allaitement Maternel dont l'objectif est de protéger, d'encourager et de soutenir l'allaitement maternel en France, d'agir pour éliminer les obstacles à l'allaitement maternel et de regrouper les acteurs œuvrant en ce sens.

**STIMED**  
6 rue Michelet  
71100 Chalon Sur Saône

03 85 93 05 14 | www.abdo-mg.com

Rééducation périnéo-expiratoire