



HAL
open science

Facteurs influençant la poursuite de l'allaitement maternel chez les femmes généralistes de l'Hérault

Marie Brasquies

► **To cite this version:**

Marie Brasquies. Facteurs influençant la poursuite de l'allaitement maternel chez les femmes généralistes de l'Hérault. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03150325

HAL Id: dumas-03150325

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03150325>

Submitted on 23 Feb 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marie BRASQUIES

Le 04/02/2021

**FACTEURS INFLUENCANT LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL CHEZ LES FEMMES
GENERALISTES DE L'HERAULT**

JURY

Président : **Professeur Philippe LAMBERT**

Professeur des Universités

Assesseurs : **Docteur Agnès OUDE ENGBERINK**

Maître de Conférence des Universités

Docteur Elodie MILLION

Maître de Conférence Associé

Directrice de Thèse : **Docteur Violaine VERNIER**

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marie BRASQUIES

Le 04/02/2021

**FACTEURS INFLUENCANT LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL CHEZ LES FEMMES
GENERALISTES DE L'HERAULT**

JURY

Président : **Professeur Philippe LAMBERT**

Professeur des Universités

Assesseurs : **Docteur Agnès OUDE ENGBERINK**

Maître de Conférence des Universités

Docteur Elodie MILLION

Maître de Conférence Associé

Directrice de Thèse : **Docteur Violaine VERNIER**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUI TER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISI ER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivier	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc



PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIÈRES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
<u>MCU-PH de 2^{ème} classe</u>	
BERGOUIGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérômes

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUROUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe

MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI EI Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Hélène	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Milène	
SCHULDINER Sophie	

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury.

Au Professeur Lambert Philippe

Pour l'honneur que vous me faites de présider le jury de cette thèse. Pour la qualité de votre enseignement. Veuillez recevoir mes sincères remerciements et soyez assurés de ma respectueuse reconnaissance.

Au Docteur Oude Engberink Agnès

Pour avoir accepté de prendre part au jury de cette thèse, veuillez recevoir ma gratitude pour votre disponibilité et pour l'aide que vous m'avez apportée dans ce travail.

Au Docteur Million Élodie

Pour participer à ce jury et m'avoir aidé grâce à vos remarques. Je vous remercie sincèrement pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail en ayant accepté de le juger.

Au Docteur Vernier

Un grand merci pour ton écoute, ta patience, ta sincérité et tes conseils qui m'ont été d'une aide précieuse dans mon travail de recherche comme dans ma pratique médicale. Merci de m'avoir accueillie dans ton cabinet et dans ta maison. Merci de contribuer à l'amélioration de mon orthographe et de ma grammaire.

A ma famille.

Merci à toute ma famille qui m'a accompagnée et soutenue pendant toutes ces années de médecine. Le chemin était long et je sais que vous avez tout vécu avec moi, dans l'ombre.

Pour mon père qui me faisait réciter mes textes de sciences humaines toutes les semaines en PACES, pendant que ma mère rangeait les repas de la semaine prochaine dans le frigo. A mon frère et ma sœur qui savent si bien me changer les idées quand il le faut. Merci à mes grands-parents toujours présents même à distance, à ma belle-famille qui s'agrandit doucement mais sûrement.

Merci à ma petite famille : Arnaud, sans toi je n'y serai pas arrivée. Merci de ton amour, de ton soutien sans faille, de ta patience aussi. Fini la thèse, on va pouvoir se concentrer sur nos projets la tête légère, j'ai hâte de découvrir l'avenir avec toi et...Roxane. Tu ne pourras pas lire ces mots ni les comprendre du haut de tes (presque) deux ans, mais tu as été ma source d'inspiration et de motivation. J'ai découvert le bonheur d'être maman grâce à toi et ce n'est que le début de nos aventures.

A mes amis.

A ceux d'hier, que je n'oublie pas. À ceux d'aujourd'hui. À ceux de médecine : on a souffert, pardon appris, ensembles. Vous m'avez aidé pendant ces longues années à garder le cap.

Un merci à Hélène et Murielle, qui ont gardé le sourire malgré tous nos soucis d'installation.

A ceux d'ailleurs : pour vos regards différents si salvateurs, nos escapades et nos bons gueuletons.

Merci aux médecins qui ont participé à ce travail. J'ai reçu avec beaucoup d'humilité vos témoignages. Vous m'avez confié plus qu'une expérience mais aussi votre histoire, avec ses bons et ses mauvais moments. Au-delà de votre participation aux entretiens, vous avez su me faire progresser dans mon engagement professionnel.

Merci à tou(te)s les infirmier(ère)s, aide-soignant(e)s, ASH, brancardiers, médecins et sages-femmes que j'ai pu croiser dans ma carrière.

Merci aux patients, aux mères allaitantes, et merci aux bébés...

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	20
SOMMAIRE	22
LISTE DES ABREVIATIONS	24
INTRODUCTION	25
1. REVUE DE L'EXISTANT	27
1.1 Allaitement Maternel	27
1.1.1 Définitions	27
1.1.2 Recommandations	27
1.1.3 Les bienfaits de l'allaitement maternel	28
1.1.3.1 Pour l'enfant	28
1.1.3.2 Pour la mère	30
1.1.3.3 Pour la société	31
1.2 Epidémiologie de l'allaitement	32
1.1.1 Etat des lieux en France	32
1.1.1.1 Les derniers chiffres : Enquête Périnatale (13 251 enfants).	32
1.1.1.2 Durée de l'allaitement en France	33
1.1.2 La France dans l'Europe	33
1.1.3 Concernant l'Hérault	33
1.1.4 Caractéristiques des femmes allaitantes	34
2. MATERIEL ET METHODE	35
2.1 Type d'étude	35
2.2 Objectif principal	35
2.3 Population étudiée	35
2.4 Mode de recueil	36
2.5 Recueil des caractéristiques des participantes	37
2.6 Déroulement des entretiens	37
2.7 Retranscription des données	37
2.8 Analyse thématique	38

3. RESULTATS	38
3.1 Caractéristiques des entretiens	38
3.2 Caractéristiques des participantes	38
3.3 Les résultats de l'analyse qualitative	46
3.3.1 L'arbre thématique	46
3.3.2 Le journal de thématisation	50
3.3.3 Solutions proposées par les médecins	50
4. DISCUSSION	51
4.1 Forces et limites méthodologiques du travail	51
4.1.1 Le type d'étude	51
4.1.2 L'échantillon étudié	51
4.1.3 Mode de recueil des données	51
4.1.4 Caractéristiques des participantes	52
4.1.5 L'analyse qualitative	54
4.2 Principaux résultats	54
4.3 Comparaison avec la littérature	60
4.4 Utilisation de ces données en médecine générale	64
4.5 Perspectives d'avenir	64
CONCLUSION	66
BIBLIOGRAPHIE	68
ANNEXES :	70
- Serment d'Hippocrate	70
- Guide d'entretien	71
- Journal de thématisation	73
- VERBATIM : CD-Rom	

LISTE DES ABREVIATIONS

AM : Allaitement Maternel

AG : Anesthésie Générale

AVB : Accouchement par Voie Basse

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CCA : Chef de Clinique Assistant

CPAP : Continuous Positive Airway Pressure (Ventilation en Pression Positive Continue)

CHU: Centre Hospitalo-Universitaire

DAL : Dispositif d'Aide à la Lactation

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DMG : Département de Médecine Générale

DU : Diplôme Universitaire

ESPGHAN : European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

MMH : Maladie des Membranes Hyalines

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PMA : Procréation Médicalement Assistée

PNNS : Plan National Nutrition Santé

RGO : Reflux-Gastro-Cœsophagien

SA : Semaines d'Aménorrhée

SNG : Sonde Naso-Gastrique

QI : Quotient Intellectuel

VRS : Virus Respiratoire Syncytial

WBTI : World Breastfeeding Trends Initiative

INTRODUCTION

L'allaitement maternel exclusif est recommandé par l'OMS (1) jusqu'à l'âge de 6 mois, puis un an en complément, en raison de ses avantages pour la santé de l'enfant. En France, le Plan National Nutrition Santé (2) recommande un allaitement maternel "de façon exclusive jusqu'à 6 mois et au moins jusqu'à 4 mois pour un bénéfice de santé".

Malgré l'augmentation de la prévalence et de la durée d'allaitement, les taux Français sont parmi les plus bas d'Europe avec un taux moyen de 68.1% en 2016 (66% en 2013) et avec une durée médiane d'allaitement maternel exclusif ou majoritaire estimée à 3 semaines et demi (3).

Ces durées d'allaitements courtes peuvent être expliquées par une reprise du travail au bout du troisième mois de l'enfant (10 semaines de congé maternité en post-natal pour une naissance simple) et le manque d'informations et de soutien des mères au cours des premiers mois d'allaitement.(4)

Les médecins généralistes ont un rôle à jouer dans l'accompagnement des mères allaitantes et pourtant il semblerait qu'ils ne se sentent pas suffisamment formés à cela. (5)

Avec la féminisation de la profession, nous pouvons nous demander si, dans cette population connaissant l'importance de l'allaitement maternel, les durées sont aussi courtes que dans la population générale et quelles en sont les raisons.

Qu'en est-il de leur expérience personnelle ? Comment les mères généralistes vivent-elles leur allaitement ? Ont-elles les mêmes difficultés que dans la population générale et auprès de qui trouvent-elles de l'aide ?

Les femmes qui allaitent sont, entre autres critères, souvent plus âgées, primipares, avec une profession qualifiée, comme les femmes en médecine générale.(6) Cependant cette profession libérale impose souvent une forte implication avec des horaires lourds et des contraintes spécifiques.

Nous avons donc interrogé des mères généralistes ayant allaité afin d'en savoir plus sur les facteurs ayant influencé leur(s) allaitement(s) maternel(s).

Nous avons choisi une étude qualitative avec des entretiens semi-directifs pour évaluer ces données subjectives et faire ressortir des aspects inattendus sous cet angle de l'allaitement maternel peu étudié. La population concernait donc les mères généralistes ayant allaité, en se limitant au département de l'Hérault.

En comprenant mieux les facteurs influençant la prolongation de la durée de l'allaitement maternel, il sera possible d'optimiser le soutien dans cette population. En plus du bénéfice personnel qu'elles en tireront, les médecins auront acquis des ressources et compétences supplémentaires pour aider leurs patientes dans l'accompagnement de leur allaitement maternel.

1. REVUE DE L'EXISTANT

1.1 Allaitement Maternel

1.1.1 Définitions

Les définitions suivantes sont tirées du rapport de l'HAS de mai 2002. (7)

- Allaitement maternel : alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère.
- Allaitement exclusif : lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre ingestat, solide ou liquide, y compris l'eau.
- Allaitement partiel : lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non, ou toute autre nourriture. En cas d'allaitement partiel, celui-ci est majoritaire si la quantité de lait maternel consommé assure plus de 80 % des besoins de l'enfant ; moyen si elle assure 20 à 80 % de ses besoins et faible si elle en assure moins de 20 %.
- 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.
- Sevrage : arrêt complet de l'allaitement maternel. Le sevrage ne doit pas être confondu avec le début de la diversification alimentaire.

1.1.2 Recommandations

OMS (1) :

« Les nourrissons devraient être allaités exclusivement au sein pendant les six premiers mois pour une croissance, un développement et un état de santé optimaux.

Après six mois, compte tenu de l'évolution de leurs besoins nutritionnels, les nourrissons doivent consommer des aliments de complément sûrs et adaptés du point de vue nutritionnel, tout en continuant à être allaités au sein jusqu'à deux ans, voire plus. »

L'OMS et l'UNICEF ont mis en place en 2018 une campagne mondiale de promotion de l'allaitement visant à sensibiliser le public à l'allaitement maternel par le biais d'une affiche : « ten steps to successful breastfeeding » (8). C'est l'UNICEF qui a publié en 1990 la Déclaration d'Innocenti, regroupant les critères favorisant l'allaitement maternel. Ce sont sur ces mêmes critères que se base le label d'évaluation IHAB (Initiative Hôpital Amis des Bébé) avec l'organisation tous les 17 novembre d'une journée nationale sur l'allaitement maternel.

ESPGHAN :

En janvier 2017, l'ESPGHAN prend une position légèrement différente de l'OMS en promouvant l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 4 mois minimum et jusqu'à 6 mois au maximum, le début de la diversification ne devant pas être retardé au-delà. (9)

HAS :

La Haute Autorité de Santé recommande un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois.(7) Elle a mis en place en 2006 un guide pour favoriser l'allaitement maternel.(10)

PNNS :

Le Programme National Nutrition Santé 2017-2021 est un plan de santé publique visant à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur la nutrition. Il prévoit la mise en place de mesures pour promouvoir l'allaitement maternel dans les lieux publics, les entreprises et les établissements de santé, telles que la mise à disposition de pièces réservées à l'allaitement et au tirage du lait. (2)

1.1.3 Les bienfaits de l'allaitement maternel

1.1.3.1 Pour l'enfant

Les bénéfices de l'allaitement maternel pour l'enfant ont beaucoup été étudiés. Le comité de nutrition de la société française de pédiatrie a publié un article en 2013 qui recoupe tous ses bienfaits.(11)

- Croissance

Le profil de croissance des nourrissons allaités en bonne santé est bien supérieur à celui des références nationales et internationales. Aussi, l'OMS a redéfini en 2008 les nouvelles courbes de croissances qui sont actuellement dans les carnets de santé. (12)

- Développement cognitif et psycho-affectif

Le lien mère-enfant est renforcé par l'allaitement maternel selon les psychanalystes.

Le bénéfice cognitif est modeste mais bien réel avec une différence de QI de 3.16 points par rapport aux enfants non allaités. Cette différence est d'autant plus marquée chez les nouveau-nés prématurés que chez les enfants nés à terme. (13)

- Prévention des infections (14)

L'allaitement maternel exclusif durant 4 mois réduit le risque d'hospitalisation pour des infections respiratoires inférieures dont la gravité des infections à VRS, et diminue le risque de contracter une pneumopathie. L'incidence des otites moyennes est également diminuée.

Sur le plan digestif : le risque d'infection digestive non spécifique est diminué quelle que soit la durée de l'allaitement. En cas de prématurité, le lait maternel permet de diminuer l'incidence d'entérocolite nécrosante.

- Mort subite du nourrisson (13)

L'allaitement au sein est associé à une réduction de 36 % du syndrome de mort subite du nourrisson.

- Prévention de l'atopie

S'il est prolongé au moins 4 mois, l'allaitement maternel exclusif permet une réduction du risque allergique (asthme, dermatite atopique) pendant les 2 à 3 premières années de la vie chez les

nourrissons et particulièrement chez les nourrissons à risque (père, mère, frère ou sœur allergique). (15)

De plus, un allaitement maternel de trois à six mois permet de diminuer le risque de développer la maladie coéliqua (de 52% si l'allaitement est présent au cours de l'introduction du gluten) et les maladies inflammatoires de l'intestin. (13)

- Métabolisme

L'allaitement après trois mois permettrait de diminuer de 30 à 40 % l'incidence du diabète.

Une étude de cohorte aux Etats-Unis a retrouvé une diminution de l'incidence dose-dépendante de l'obésité chez les enfants blancs non hispaniques avec une persistance de l'effet après la fin de l'allaitement lorsqu'il a été conduit plus de 6 mois. (16)

Parvenus à l'âge adulte, les enfants allaités ont une tension artérielle et une cholestérolémie inférieures à celles des enfants nourris au lait artificiel. Aucun effet bénéfique sur la morbidité et la mortalité cardio-vasculaire à l'âge adulte n'a cependant été mis en évidence.

- Hématologie

De même, après trois mois d'allaitement, l'incidence des leucémies et des lymphomes est diminuée de 15 à 20%.

1.1.3.2 Pour la mère(6)

A court terme, l'allaitement maternel est bénéfique pour la mère en diminuant les pertes sanguines, et en favorisant l'involution utérine. La perte de poids est plus rapide dans les 6 premiers mois. Il y a également moins de dépression en post partum que chez les mères n'allaitant pas ou qui interrompent l'allaitement très tôt.(17) Une autre étude a montré que la fréquence des abus et négligence envers les enfants était plus élevée chez les enfants n'ayant pas été allaités.(18)

L'allaitement maternel a également un effet sur la santé des mères à long terme en réduisant leurs risques de maladie cardio-vasculaire avec un effet dose dépendant de la durée d'allaitement. Il diminue le risque d'hypertension, le risque d'obésité (poids et quantité de graisse abdominale inférieurs à celui des mères n'ayant pas allaité), le risque de développer un diabète de type 2.

L'allaitement maternel diminue l'incidence des cancers du sein et de l'ovaire avant la ménopause, et réduit l'augmentation du risque d'ostéoporose lié à la ménopause.(11)

1.1.3.3 Pour la société

L'impact économique de l'allaitement maternel est efficient à plusieurs échelles. Le rapport du Pr TURK proposant un plan d'action pour soutenir l'allaitement maternel en France en fait un très bon état des lieux. (11)

- Au niveau national :

L'absence d'allaitement maternel étant associé à un risque plus élevé de maladies respiratoires, digestives et ORL, il provoque une surconsommation de soins de santé et d'hospitalisations. Il en va de même pour la morbidité maternelle. Les études qui ont été réalisées sous-estiment ce surcoût car elles n'incluent pas les coûts indirects liés par exemple à l'absentéisme pour cause d'enfant malade. Les stratégies visant à augmenter l'incidence et la prévalence de l'allaitement permettraient de générer des économies de santé publique importantes.

L'INSERM a par exemple publié en 2005 une analyse sur le coût des infections à *Rotavirus* en France. Selon ces résultats, si la proportion d'enfant allaités jusqu'à 9 mois (comme en Norvège) passait à 40%, on pourrait éviter 8000 cas de gastro-entérites à Rotavirus et 1000 hospitalisations par an.

D'après le rapport 2017 du World Breastfeeding Trends Initiative (WBTI)(19), l'investissement de l'Etat en ce qui concerne la formation des professionnels et la promotion de l'allaitement, pourrait générer un retour sur investissement en une année seulement en améliorant le taux d'allaitement. (20) (21)

- Au niveau familial :

L'achat des biberons et du lait artificiel représente un surcoût pour les familles estimé à 500 euros pour les six premiers mois d'un nourrisson. Pour une mère seule vivant grâce au revenu minimal d'insertion (actuel revenu de solidarité active), ceci représente 14% de son revenu. L'absence d'allaitement induit également des dépenses de santé supplémentaires en soins médicaux et en pharmacie. Ceci est un facteur d'appauvrissement des familles, et particulièrement pour les plus vulnérables, d'autant plus significatif que la prévalence de l'allaitement maternel est faible dans les populations défavorisées.

- Au niveau des entreprises

L'absence au travail pour enfant malade est prépondérante chez les mères non allaitantes et la disponibilité des mères pour leur travail est moins importante lorsqu'elles sont préoccupées par la santé de leur enfant, même si ces derniers sont confiés à une nourrice ou une crèche.

Les mères ayant un post-partum plus simple sont également moins hospitalisées.

1.2 Epidémiologie de l'allaitement

1.2.1 Etat des lieux en France

1.2.1.1 Les derniers chiffres : Enquête Périnatale (13 251 enfants).

La fin de la prochaine enquête périnatale sera en 2021. En attendant ses résultats, nous avons dû nous contenter des résultats de la dernière enquête datant de 2016.(22)

Le taux d'allaitement exclusif à la naissance est passé de 60 % en 2010 à 52 % en 2016.

Le taux d'allaitement exclusif ou mixte à la naissance quant à lui est plutôt stagnant. (68% en 2010 et 66% en 2016).

L'allaitement maternel à la maternité, qu'il soit exclusif ou mixte, a légèrement diminué, de 68 % en 2010 à 66 % en 2016.

Jusqu'à présent le pourcentage d'enfants allaités exclusivement à la naissance était stagnant ou en augmentation jusqu'en 1995, il a baissé entre 2010 et 2016 passant de 60.3 à 52.2%.

1.2.1.2 Durée de l'allaitement en France

- Etude Epifane, 2012-2013, sur 3365 enfants (3) retrouve des taux d'allaitement de :
 - A la naissance 74% : 59% d'allaitement exclusif et 15% d'allaitement mixte.
 - A 1 mois, 54% : 35% d'allaitement exclusif et 19% d'allaitement mixte
 - A 3 mois, 39% : 10% d'allaitement exclusif 11% mixte avec prédominance du sein et 18% mixte avec prédominance des préparations pour nourrisson.
 - A 6 mois, 23% des enfants sont allaités

Parmi les enfants allaités à la naissance, un enfant sur deux ne le sera plus à 3 mois et deux enfants sur trois à 6 mois.

- Etude Elfe, 2011 sur 18 000 enfants (23)

Parmi les 70% de mères ayant initié un allaitement, la médiane de la durée totale d'allaitement était de 17 semaines et celle de l'allaitement prédominant était de 7 semaines. Seuls 19% des enfants recevaient encore du lait maternel à 6 mois et 9,9 % de manière exclusive.

1.2.2 La France dans l'Europe

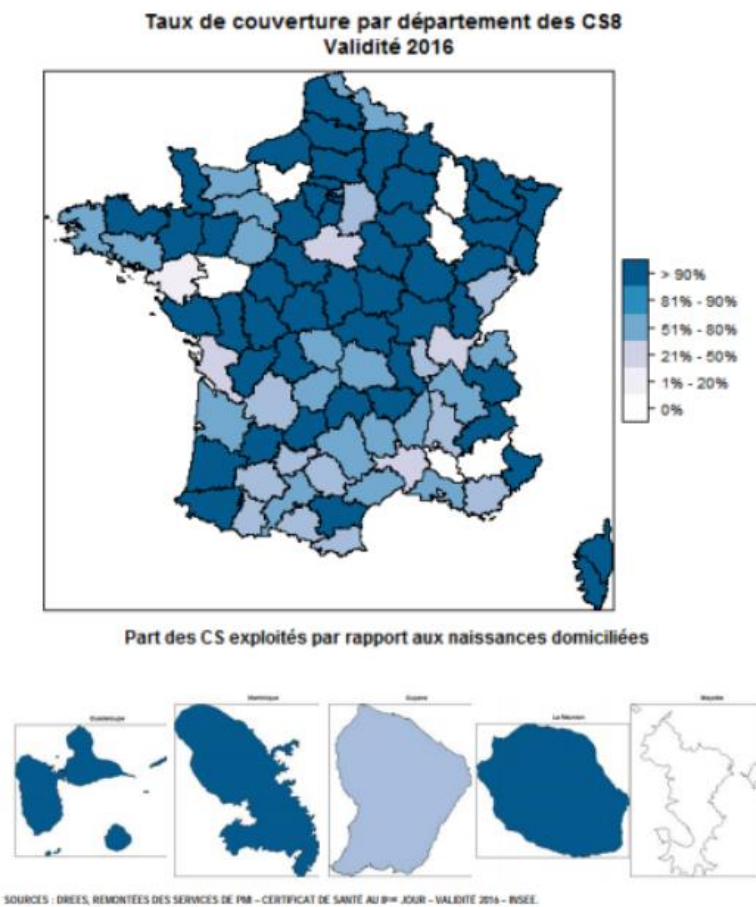
En 2010, Le rapport européen de santé périnatale a comparé le taux d'enfants allaités à 48h de vie de différents pays européens. (22) La France, avec 68,7% d'enfants allaités est le 3ème pays européen ayant un taux d'allaitement aussi bas. En tête de classement : le Portugal avec 98.6%.

1.2.3 Concernant l'Hérault

L'analyse des certificats du 8e jour de 2010 place les différents départements du Languedoc-Roussillon dans la moyenne nationale : les taux d'allaitement (exclusif et partiel) varient de 63,1 % à 69,8 %.

Sur l'analyse des certificats du 8ème jour le taux d'allaitement en 2016 dans l'Hérault est de 68.1%. En 10 ans le taux d'allaitement dans l'Hérault est stagnant.

Fig 1. Taux de couverture par département 2016 selon les certificats à J8



1.2.4 Caractéristiques des femmes allaitantes

Etude périnatalité 2016 :

- La durée totale d'allaitement était plus courte chez les mères âgées de moins de 30 ans, vivant seules, ayant un faible niveau d'études ou ayant repris le travail moins de 10 semaines après l'accouchement.
- En revanche, l'allaitement était plus long chez les mères cadres (par rapport aux mères employées), en congé parental (par rapport à celles qui avaient un emploi) ainsi que chez celles ayant suivi des séances de préparation à la naissance. L'allaitement était également plus long lorsque les pères avaient assisté à l'accouchement

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 Type d'étude

La méthode de recherche qualitative dans un paradigme compréhensif nous est apparue comme étant la plus adaptée pour répondre à la question d'étude. Elle permet de comprendre le vécu des mères généralistes et donc d'évaluer des données subjectives.

Ce type d'étude permet également de faire ressortir des données auxquelles nous n'aurions pas pensé. Cette caractéristique a toute son importance dans une problématique qui a peu été abordée à l'heure actuelle.

2.2 Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est de comprendre les facteurs permettant de soutenir et de prolonger l'allaitement maternel dans notre profession.

2.3 Population étudiée

Nous avons recruté des femmes médecins généralistes ayant allaité leur(s) enfant(s), volontaires pour participer à l'étude, exerçant dans l'Hérault.

Les critères d'inclusions étaient d'exercer dans l'Hérault. L'activité principale du médecin devait être la médecine générale en libéral. Les médecins pouvaient être soit installées, soit faire des remplacements (en étant thésées ou pas). L'allaitement devait être terminé mais pas depuis plus de 15 ans, le biais de mémoire risquant d'être trop important.

Les internes de médecine générale ont été exclues de l'étude car n'exerçant pas encore une activité libérale. Cependant certains médecins ayant eu un premier enfant pendant l'internat et un 2^e après les études ont été inclus. Dans ce cas, l'analyse des données s'est concentrée sur le 2^{ème} enfant.

De même ont été exclus les médecins généralistes pratiquant une spécialité particulière de manière exclusive : gériatre, gynécologue, médecine du sport, urgentiste.

La taille de l'échantillon n'était pas définie en avance, mais a été marquée par la saturation des données marquant la fin des entretiens. La saturation des données a été déterminée lorsque deux entretiens consécutifs n'ont pas apporté de nouveaux thèmes.

2.4 Mode de recueil

Le recrutement des médecins s'est fait sur la base du volontariat et principalement par bouche-à-oreille :

- En demandant aux autres internes les médecins qui correspondaient aux critères qu'ils auraient pu rencontrer en stage ou en remplacement,
- En fin de chaque entretien, nous demandions au médecin d'autres noms de médecins pouvant correspondre.

Le recrutement s'est fait par téléphone principalement (directement ou via les secrétariats).

Une fiche de recrutement a été réalisée et a permis de transmettre toutes les informations dans des cabinets de groupes mais avec un taux de réponse beaucoup plus bas malgré une relance. Une des participantes a pu poster mes coordonnées avec l'objet de la thèse sur un groupe Facebook de mères généralistes, ce qui a permis d'inclure 2 participantes.

Il était prévu de faire circuler une invitation à participer via le réseau de l'ordre des médecins et du DUMG mais il s'est avéré que l'échantillon constitué était suffisamment varié. De plus, le travail de thèse s'étant déroulé pendant la pandémie de coronavirus 19, il nous est apparu inapproprié de s'adresser à ces institutions déjà très sollicitées. L'inclusion des médecins, la vérification de l'absence de critère d'exclusion et les modalités des entretiens ont été définies par téléphone. Le consentement a été vérifié oralement à chaque étape.

Au total, vingt-cinq médecins généralistes ont été contactés et douze ont été incluses. Cinq n'ont pas répondu, deux des participantes ont été exclues car toujours allaitantes. Une participante a été refusée car l'étude était à saturation des données.

2.5 Recueil des caractéristiques des participantes

Afin de préserver l'anonymat des participantes, elles ont été représentées par un M, indiquant leur fonction de Médecin, suivi d'un chiffre entre 1 et 12.

Un questionnaire recueillant toutes les caractéristiques des médecins a été rempli en début d'entretien.

2.6 Déroulement des entretiens

Les entretiens individuels semi-directifs ont tous été enregistrés avec un téléphone portable puis retranscrits sous forme de verbatim. Ils ont été réalisés selon les convenances du médecin en ce qui concerne le lieu et l'horaire, majoritairement en présentiel avec seulement 2 entretiens faits en visio-conférence (via l'application Whats'app). Le tutoiement ou le vouvoiement a été choisi de sorte que la personne se sente le plus à l'aise possible. Ils ont tous été conduits par un même chercheur, se présentant comme étudiante en médecine générale.

2.7 Retranscription des données

La retranscription de chaque entretien a été faite mot à mot en respectant le sens du discours et en conservant les éléments du discours parlé tel que les « euh » ou les moments d'hésitation, marqués par des points de suspension. Les éléments non verbaux de communication ont également été mentionnés (rires, silence, ...). Quelques sujets importants ont pu être évoqués en fin d'entretien, hors enregistrement et ont été retranscrits en respectant le sens du discours.

Afin de respecter l'anonymat des personnes citées, les noms propres ont été remplacés par le lien qu'ils possèdent avec l'interlocuteur (*enfant 1, enfant 2, collègue, conjoint*)

Les verbatim sont présentés en annexe.

2.8 Analyse thématique

L'analyse thématique nous a semblé adaptée à ce travail pour son intention descriptive plutôt qu'explicative. L'analyse thématique nous a permis d'être le plus large possible afin d'obtenir un panorama de l'expérience personnelle des mères. Nous avons choisi de faire une thématisation en continu, soit au fur et à mesure de la lecture des verbatim, de sorte que l'analyse soit la plus riche possible.

Une première lecture intuitive permettait de saisir le sens général du texte puis chaque entretien était partagé en unité de sens dans l'objectif de faire émerger des thèmes. Au fur et à mesure de l'analyse, des liens entre les thèmes ont été faits afin de former des rubriques. C'est ainsi que nous avons obtenu un relevé de thèmes. Pour finir un arbre thématique a été tracé à partir de ce relevé de thèmes afin d'avoir une vision d'ensemble des résultats. Les données du questionnaire de recrutement ont permis d'éclairer le contexte des réponses de chaque médecin interrogé

La récurrence du thème n'a pas été précisée, seul son lien avec la question de recherche a été mis en valeur sous cette forme.

L'arbre a été réalisé grâce au logiciel XMIND PRO version 7.5.

3. RESULTATS

3.1 Caractéristiques des entretiens

Le recrutement s'est déroulé à partir du 1^{er} mars 2020 jusqu'au 1^{er} octobre, date du dernier entretien.

Douze entretiens ont été menés entre le 11 mars et le 1^{er} octobre. Leur durée allait de 11min 20 à 37 min, avec une durée moyenne de 16.7 min/entretien.

3.2 Caractéristiques des participantes

Leur âge se situait entre 32 et 45 ans avec une moyenne d'âge à 36.6 ans.

La moitié des participantes était d'origine montpellieraine (6/12, 1 Paris, 1 Grenoble, 1 Isère, 1 Lyon, 1 Normandie, 1 Reims), et pacsée (6/12, 4 mariées, 2 en concubinage, 1 séparée).

La majorité des participantes (10/12) était installée en association ou en collaboration, une était remplaçante, et la dernière exerçait seule. Les dates de début d'installation sont comprises entre 2009 et 2020 (moyenne 2014.25).

La moitié des médecins exerce en ville, l'autre en semi-rural ou en rural.

La plupart avaient des capacités supplémentaires, 3 d'entre elles ont un Diplôme Universitaire de Pédiatrie. La moitié sont Maître de Stage Universitaire (MSU).

Le nombre moyen de consultations par jour était d'environ 25, allant de 20 à 40 patients par jour. Le nombre de jours travaillés par semaine varie de 50% à 90% (moyenne à 79%).

Tous les médecins travaillaient majoritairement en cabinet libéral. Deux d'entre elles étaient également salariées d'une crèche (environ trois heures par mois), trois autres travaillaient également au Département Universitaire de Médecine Générale (un à deux jours par semaine).

Elles avaient toutes pris une prévoyance santé (sauf une) mais ont toutes signalé n'avoir pas reçu d'aide pendant leur congé maternité. **Cf Tableau 1**

Tableau 1

	Mode d'exercice	date	Statut	Milieu d'exercice	Capacité spécifique	Nb moyen de Cs/j	Temps d'activité (%)	Prévoyance santé
M1	installée en association	2014	libérale	ville	DU gynéco et précarité, + MSU	25-30	80,00 %	oui
M2	installée en association	2012	libérale	rural	Infectiologie, Gériatrie +MSU	20	70% dont 1/2 journée en EHPAD/semaine	oui
M3	installée avec un collaborateur	2014	libérale	ville	DU pédiatrie et DIU médecine tropicale	25	80,00 %	oui
M4	installée avec collaborateur	2015	libérale	Semi-rural	0	15-20	80 % (dont 1j/sem en clinique)	oui
M5	installée avec 2 associés	2010	libérale	ville	MSU, soins palliatifs, medecin agrée ARS et préfectorale	20	90,00 %	oui
M6	Installée en association	2017	Libérale + médecin crèche 3h/mois	Semi-rural	DU infection extrahospitalière, gynéco/pédiatrie et nutrition/obésité	25-30	90,00 %	oui
M7	Installée en association	2014	libérale	Semi-rural	MSU	25-30	90,00 %	oui
M8	Installée en association	2017	libérale +2jours DUMG/sem	Semi-rural	DU gynéco + MSU	25	70,00 %	oui
M9	installée maison de santé	2009	libérale	ville	Médecine du sport et mésothérapie	20	90,00 %	oui
M10	remplaçante	2013	libérale	Semi-rural et ville	0	30-50	50,00 %	non
M11	Installée seule	2020	Libérale + médecin crèche 3h/mois	ville	DU urgences pédiatriques, pédiatrie, gynécologie	20-25	90,00 %	oui
M12	installée, collab	2016	Libérale + salariée (DUMG)	ville	DU entretien motivationnel, psychosomatique, infection med gé + MSU	25	70,00 %	oui hors parcours (PMA)

La durée du congé maternité était celle du congé maternité prévu par la sécurité sociale pour la moitié des naissances. Trois naissances ont eu des congés maternité raccourcis (12, 14 et 15 semaines) avec une reprise à mi-temps pendant un mois pour le plus court. En dehors des deux congés maternités prolongés par la naissance compliquée de prématurés (20 et 28 semaines), il y a eu 5 autres congés dépassant les 16 semaines prévues par la sécurité sociale.

Les participantes avaient un ou deux enfants, nés entre 2007 et 2020, pour un total de 20 enfants. Deux d'entre eux sont nés pendant l'internat de médecine (M2 et M11), cinq avant une installation et treize une fois l'installation faite. **Cf Tableau 2**

Tableau 2

(hôpital ADV : Arnaud de Villeneuve)

	Age (ans)	Région d'origine	Situation familiale	Nombre d'enfant	Année de naissance	Durée congé maternité (en semaines)	Durée du séjour à la maternité	Lieu accouchement
M1	39	Paris	Pacsée	2	2013 - 2016	16	3j et 3j	
M2	37	Grenoble	Pacsée	2	2010 - 2015	16	5j et 5j (échec déclenchement)	
M3	37	Montpellier	Mariée	1	2018	16 + 4 ajoutées après l'accouchement	3j	
M4	39	Isère	Pacsée	1	2015	12+ 12 à 2j1/2 par semaine	5j (difficultés allaitement)	St Roch
M5	45	Lyon	Séparée	2	2007 - 2011	16	4j et 3j	Adv et St Roch
M6	34	Normandie	Pacsée	2	2013 - 2018	20 et 16	5j et 2j	St Roch/Adv /St Roch
M7	36	Montpellier	Mariée	2	2016 - 2018	15 et 17	5j et 3j	St Roch
M8	32	Montpellier	Mariée	1	2019	18	3j	St Roch
M9	42	Montpellier	Concubinage	2	2012 - 2017	16 et 14	5j et 3j	
M10	34	Montpellier	Mariée	1	2019	16 + reprise 1j/sem pendant 4sem	3j	
M11	32	Reims	Pacsée	2	2106 - 2019	24 et 20	4j	
M12	33	Montpellier	Pacsée	2	2017 - 2019	16 et 28	3j et 5j (retour à 1M1/2 avec HAD)	ADV

Quatre participantes ont eu des problèmes pendant leur grossesse : une participante a dû être opérée pendant sa grossesse, une autre a eu un décollement placentaire puis une MAP, une a eu des métrorragies du premier trimestre puis un accouchement prématuré à 34 SA et une autre avec une anomalie embryonnaire ayant nécessité une biopsie ayant accouché à 32SA. Le premier enfant prématuré a présenté une maladie des membranes hyalines sous ventilation mécanique pendant 48h, puis sous oxygénothérapie aux lunettes avec pose de sonde nasogastrique.

Tous les accouchements se sont déroulés par voie basse, sur le CHU d'Arnaud de Villeuneuve ou à la clinique St Roch, mais sur les vingt enfants, deux sont nés avec une circulaire ou double circulaire du cordon, deux ont été extraits avec instrument (spatule ou ventouse). En plus des deux enfants prématurés, deux autres nouveau-nés ont présenté une détresse respiratoire à la naissance. Une des parturientes a eu une rétention placentaire avec révision utérine. Deux d'entre elles ont eu une épisiotomie ou une déchirure du périnée (avec bartholinite).

Les durées de séjour à la maternité se situaient entre 2 et 5 jours pour une moyenne de 3.8 jours (médiane à 3 jours).

Sept nouveaux-nés ont été gardés initialement par la famille à la reprise du travail de leur mère, douze sont allés chez une assistante maternelle et un à la crèche. Il est à noter que parmi les enfants gardés au début par leur famille, la moitié est ensuite allée en crèche, l'autre chez une assistante maternelle. Un seul enfant a été gardé uniquement par le conjoint.

La majorité des mères déclarait que le conjoint avait été aidant dans la démarche d'allaitement maternel, même si la plupart précisait « initialement ». La question de la profession du conjoint n'a été ajoutée qu'en cours d'entretien et n'a pu être enregistrée que pour la moitié des entretiens. Sur les sept professions : six sont des cadres supérieurs (professeur, médecin, avocat, informaticien).

Les allaitements ont duré entre trois semaines et vingt-deux mois avec une moyenne et une médiane de huit mois mais en prenant compte le fait que trois allaitements seulement atteignaient ou dépassaient les 12 mois (12, 13 et 22 mois). Sur les vingt naissances, treize enfants ont pu bénéficier d'un allaitement maternel de six mois et plus mais seulement neuf en allaitement maternel exclusif.

La diversification alimentaire était faite entre quatre et six mois, un complément avec du lait artificiel a été donné parfois dès deux mois, parfois pas du tout malgré un sevrage avant les deux ans recommandés. On peut observer que l'allaitement « mixte » était souvent suivi d'un arrêt de l'allaitement maternel dans les deux mois qui suivaient l'introduction du lait artificiel.

Au cours de leur allaitement et principalement pour la reprise de leur travail, les mères ont toutes utilisé un tire lait électrique excepté une qui n'en a pas utilisé du tout. **Cf Tableau 3**

Tableau 3

(Ass. Mat. : Assistante Maternelle)

	Grossesse et complications	Problèmes néonataux	Garde à la reprise du travail	Conjoint Soutenant	Profession du conjoint	Durée d'allaitement	Dont exclusif (mois)	Utilisation tire lait
M1	2 AVB spontanés	0	Ass. Mat.	oui	Professeur des écoles	5mois et 5 mois	2 et 2	Electrique
M2	2AVB spontanés (échec déclenchements prévus)	0	Ass. Mat.	neutre	Professeur des collèges	7mois et 1/2 et 13mois	6 et 6	Electrique
M3	Double circulaire cordon et ventouses	0	famille puis crèche	oui		9 mois	7	Electrique
M4	Décollement placentaire, MAP, arrêt 15j avant congé (garde urgences arrêtées 3 mois avant) AVB	0	conjoint	oui	Musicien	3 semaines	0	Electrique
M5	AG à 7mois 1/2 pour kyste ovariens, 2 AVB	0	mamie puis Ass. Mat. puis garde partagée	non	Informaticien	6mois et 6mois	4 et 4	Electrique
M6	Métrorragie 1 ^{er} trimestre MAP et naissance à 34SA	MMH sous CPAP 48h +24h lunettes O2, et SNG 4j	mamie puis crèche et crèche	oui		10mois et 22mois	5 et 6	Electrique et Manuel

	Grossesse et complications	Problèmes néonataux	Garde à la reprise du travail	Conjoint Soutenant	Profession du conjoint	Durée d'allaitement	Dont exclusif (mois)	Utilisation tire lait
M7	AVB long, déclenché avec rétention placentaire et Révision Utérine, déchirures et inflammation Bartholin	RGO	mamie puis Ass. Mat.	oui		4mois et 1/2 et 11mois	4 et 6	Electrique
M8	AVB	0	Ass. Mat.		Avocat	12mois	12M	Electrique
M9	2AVB mais 1er avec circulaire et réanimation quelques heures	0	Ass. Mat.	oui	Rhumatologue	3mois x2	2M	non
M10	22h travail, spatule, épisiotomie	Détresse respiratoire	mamie/crèche	oui		10 mois et 1/2+1 mois réserve	pas de lait artificiel	Electrique
M11	2 AVB	0	Ass. Mat.	oui et non	CCA anesthésie	7mois et 5mois	6M et 4M1/2	Electrique
M12	2AVB, faux travail et pour le 2è clarté nucale avec biopsie, MAP et naissance à 32SA	2è : soins intensifs, nurserie puis HAD	Ass. Mat.	oui puis non		10mois et 9mois et 1/2	4M et 4M	Electrique

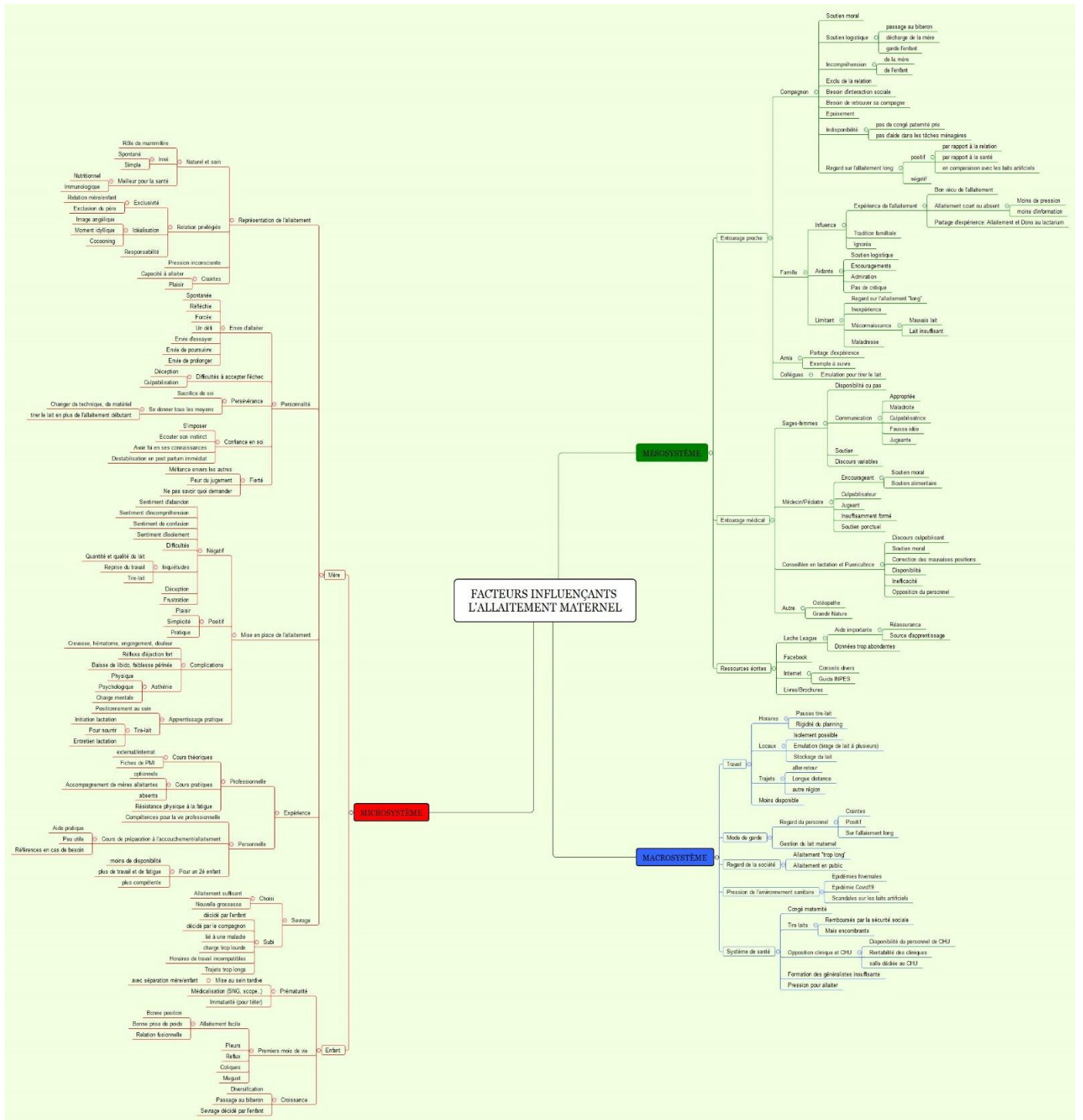
3.3 Les résultats de l'analyse qualitative

3.3.1 L'arbre thématique

L'arbre thématique représente les résultats de notre analyse.

Les facteurs influençant l'allaitement maternel chez les mères généralistes ont été représentés selon leur proximité :

- Le microsystème : représente la mère et son enfant (les caractéristiques intrinsèques à chacun dans leur interaction, mais aussi leur vécu des événements).
- Le mésosystème : représente l'entourage familial et médical.
- Le macrosystème : représente l'influence de la société (par le biais de l'organisation autour du travail, mais aussi du regard de la société, des contraintes environnementales et économiques).

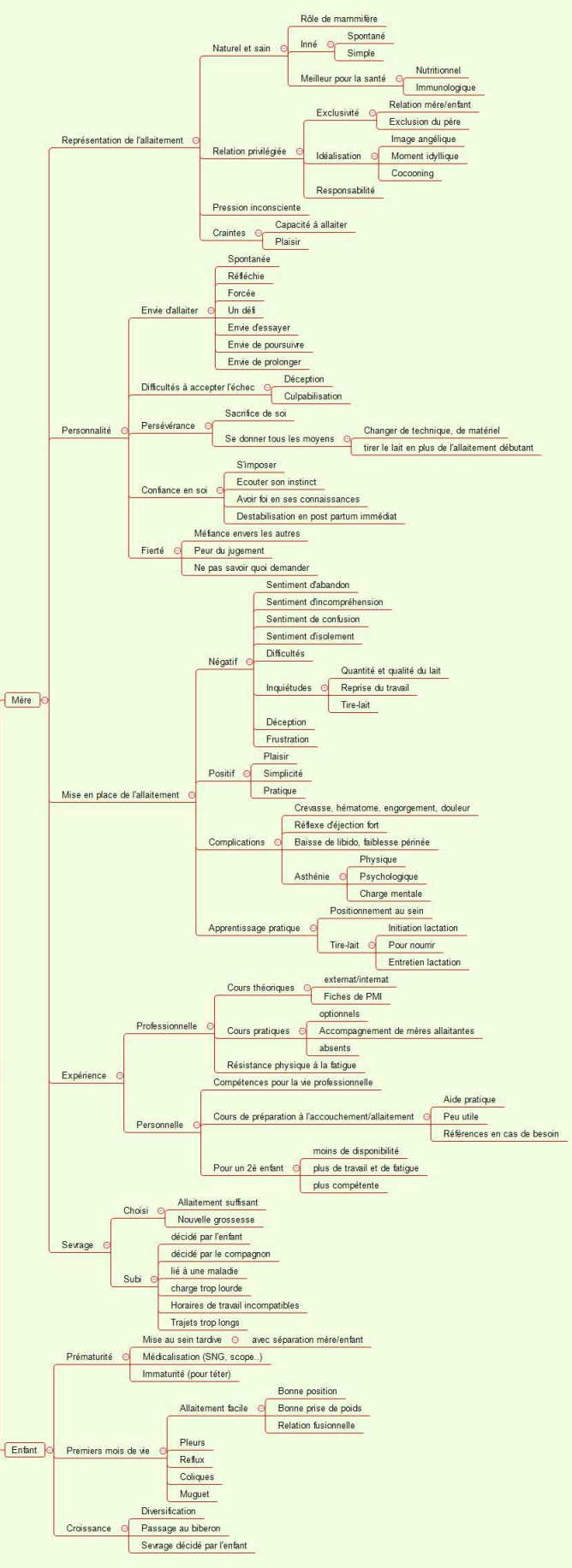


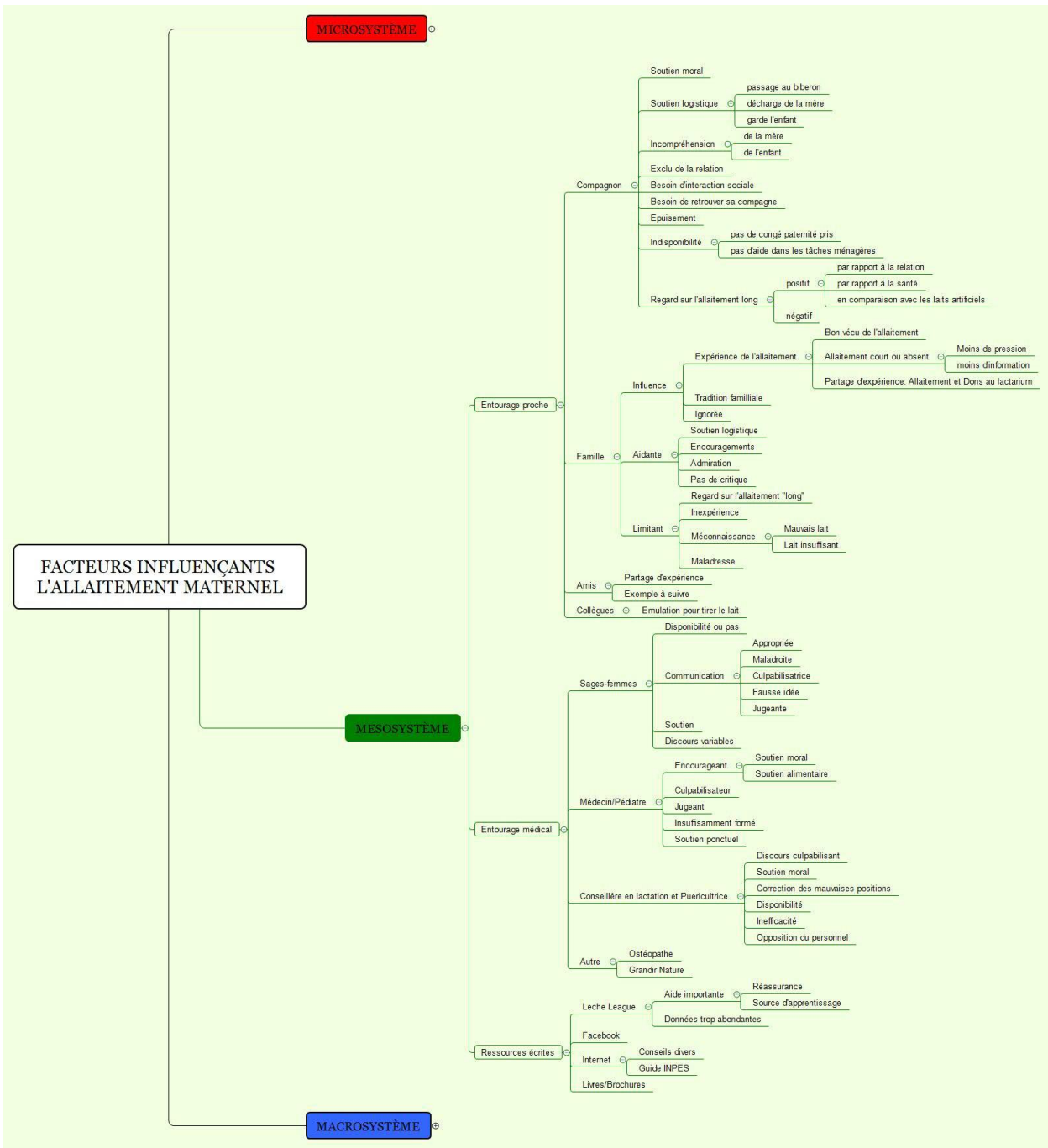
FACTEURS INFLUENÇANTS L'ALLAITEMENT MATERNEL

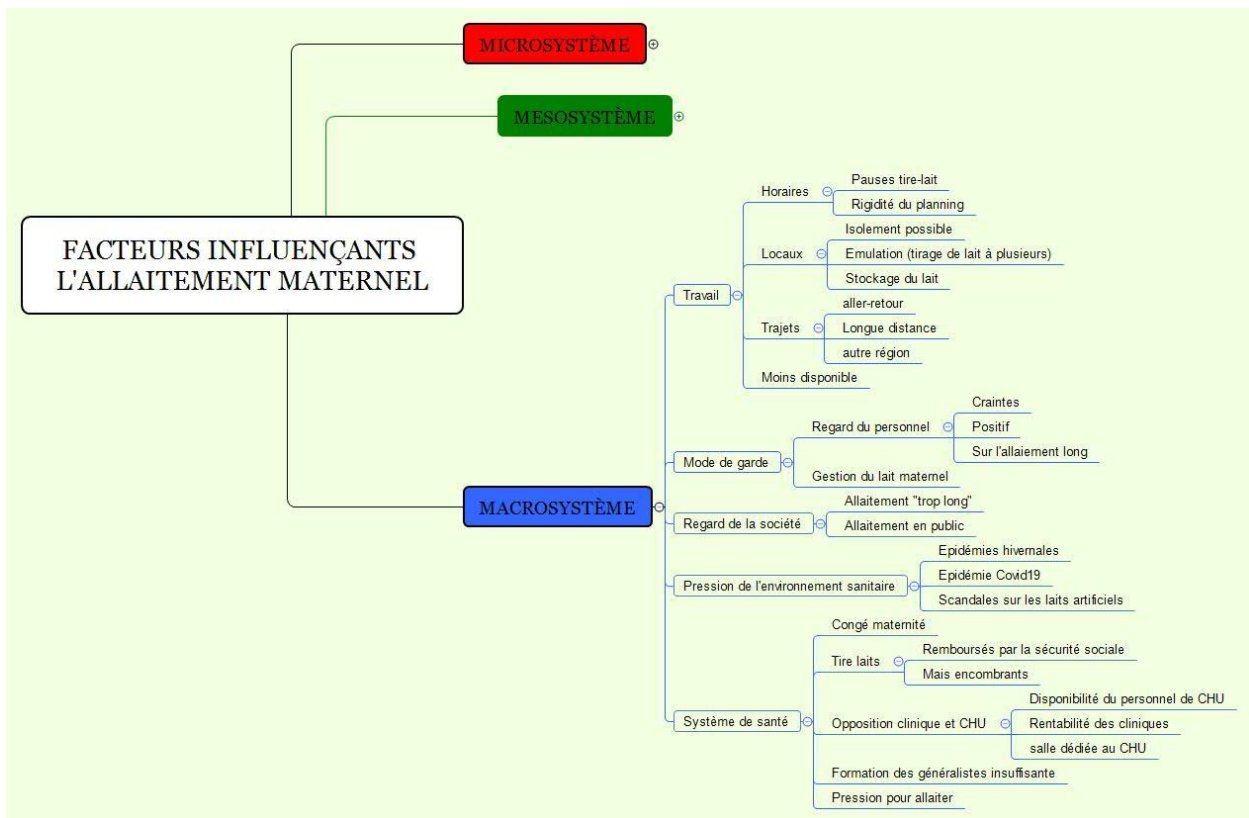
MICROSISTÈME

MESOSISTÈME

MACROSISTÈME







3.3.2 Le journal de thématization

Présenté en annexe pour plus de visibilité

3.3.3 Solutions proposées par les médecins

Si l'on devait faire un résumé de ce que ces mères généralistes conseilleraient à leurs consœurs, ce serait tout d'abord de faire un choix personnel, puis de se faire confiance en se disant qu'il est possible de s'organiser pour poursuivre son allaitement si on le souhaite. Enfin, de s'entourer de personnes aidantes et bienveillantes que l'on peut sans hésiter solliciter en cas de besoin car « malgré » notre statut de médecin, une maman peut se trouver en difficulté.

4. DISCUSSION

4.1 Forces et limites méthodologique de l'étude

4.1.1 Le type d'étude

L'étude qualitative était la méthode la plus adaptée pour répondre à notre question de recherche axée sur l'exploration de facteurs subjectifs qu'est le vécu des allaitements maternels par les mères généralistes. Un recueil de données statistiques avec une étude quantitative ne nous semblait pas pertinent.

4.1.2 L'échantillon étudié

Les personnes ont été sélectionnées sur la base du volontariat ce qui nous a permis d'avoir des personnes motivées et impliquées par le sujet.

Le recrutement a été long et laborieux, principalement du fait de la pandémie de coronavirus qui a surchargé les médecins les rendant bien moins disponibles pour des entretiens. Le confinement rendait les déplacements pour des entretiens présentiels délicats. Malgré cela, seuls deux entretiens ont été réalisés en visio-conférence.

Le mode de recrutement par bouche à oreille a certes été efficace mais il a sûrement induit un biais de sélection car la moitié des médecins interrogés étaient Maître de Stage Universitaire. Cela peut être dû également au fait que les médecins MSU sont plus sensibles aux demandes de participation de thèse que les autres médecins généralistes.

4.1.3 Mode de recueil des données

Il nous a paru plus judicieux de faire des entretiens individuels plutôt qu'en focus groupe. Cela permettait en effet d'obtenir des informations beaucoup plus personnelles dans un climat de confiance et d'anonymisation des données.

Tous les entretiens ont été conduits par le même enquêteur. Ceci a permis d'obtenir une meilleure homogénéisation dans la conduite des entretiens et une reproductibilité du discours.

Cependant, s'agissant d'une première recherche qualitative pour l'enquêteur, son manque d'expérience a pu constituer un biais de recueil de données.

La posture de l'enquêteur (médecin en formation, parfois aussi présentée comme mère en cas de demande des participantes) a pu modifier les réponses. Le sentiment d'être jugée a probablement été atténué par cette situation de mère se confiant à une autre mère.

Le même enquêteur a retranscrit les données pour limiter les erreurs ou pertes de données. Malgré tout, quelques mots des entretiens n'ont pas pu être retranscrits (incompréhensibles malgré réécoute de plusieurs personnes). Le sens global du discours n'en a pas été changé.

Les éléments importants du discours non verbal ont également été retranscrits

La quasi-totalité des entretiens s'est déroulée en présentiel dans le lieu du choix de la participante : cabinet médical, lieu public. Les entretiens au cabinet médical étaient souvent interrompus par des appels téléphoniques, même si les médecins n'y répondaient pas et on peut considérer qu'ils étaient plus limités dans le temps que les entretiens dans les lieux publics. Ces derniers avaient l'avantage d'avoir un cadre plus décontracté et une contrainte temporelle moins importante, au prix d'un peu plus de bruit et de peut-être moins d'intimité.

Uniquement deux entretiens ont été réalisés en visio-conférence : les conversations étaient moins fluides, la confiance plus difficile à établir.

4.1.4 Caractéristiques des participantes

Les médecins participants étaient toutes favorables à l'allaitement maternel, avec une implication plus ou moins forte selon leur expérience personnelle. Il est à noter qu'il y a probablement eu un biais de sélection parmi les médecins : celles qui auraient eu trop de difficultés dans leur allaitement ont pu refuser de participer aux entretiens. Cependant, la volonté de partage d'expérience afin de ne pas répéter les erreurs commises pendant leur propre allaitement, nous a permis d'obtenir des témoignages difficiles.

La tranche d'âge des médecins interrogés est plutôt étroite (entre 32 et 45 ans) et peut restreindre le champ des réponses. Il est vrai que les politiques d'allaitement maternel se sont plus affirmées depuis quelques décennies, et que les aides pendant le congé maternité sont plus importantes. Il aurait donc été intéressant de se pencher sur ces facteurs mais le biais de mémoire risquait d'être trop important. En effet, déjà dans notre étude, la plupart des mères interrogées signalait en cours d'entretien qu'elles ne se rappelaient pas exactement de tous les détails.

La majorité des médecins exerçait en groupe mais ceci nous a semblé être représentatif du mode d'exercice actuel des médecins généralistes.

Les enfants sont nés, pour la plupart, après l'installation en cabinet médical de leur mère. L'instabilité des plannings en étant interne ou remplaçant pourrait en être une des causes.

La majorité des mères a respecté la durée de son congé maternité et a même eu la possibilité de le prolonger ou de reprendre avec un emploi du temps allégé, même s'il reste encore un tiers des congés qui a été raccourci. L'analyse n'étant pas quantitative aucune conclusion ne peut en être tirée.

Les complications pendant la grossesse ou en post-partum étaient assez fréquentes dans notre échantillon, pourtant les mères n'en ont pas parlé pendant les entretiens, à l'exception de la fatigue que cela avait entraîné. Cela peut refléter l'absence de prise en compte de leur sensation et besoin pour s'occuper de leur enfant.

À la reprise du travail, un tiers des enfants a été gardé par leur famille puis presque tous sont allés dans une crèche ou chez une assistante maternelle. Les difficultés à obtenir une place en crèche ou chez une assistante maternelle en cours d'année en sont probablement responsables. Cela n'a pas été cité dans les entretiens donc on peut supposer que cela n'a pas eu une grande influence sur les allaitements.

Concernant les durées des allaitements, elles ont été courtes malgré une moyenne/médiane à 8 mois qui reste très honorable face aux statistiques nationales. En effet si plus de la moitié des enfants a pu bénéficier de l'allaitement maternel jusqu'à six mois, uniquement 9 étaient exclusifs

comme recommandé, dont trois seulement atteignaient les douze mois et aucun les deux ans recommandés.

4.1.5 L'analyse qualitative

L'analyse thématique était adaptée à notre question de recherche. Elle a pour fonction non seulement de repérer les thèmes pertinents et représentatifs de l'ensemble des entretiens, mais aussi de tracer entre eux des parallèles ou regroupement, matérialisés sous forme d'un arbre. L'implication de l'enquêteur dans le sujet a pu parfois faire ressortir certains thèmes mais les réponses ont été traitées avec le plus d'objectivité possible.

4.2 Principaux résultats

- **Le microsystème**

Les représentations de l'allaitement chez les mères généralistes sont essentiellement tournées vers l'aspect bénéfique de l'allaitement pour la santé du bébé. Aucune n'a cité les bénéfices pour elles-mêmes. De par notre formation, nous les connaissons, on peut donc supposer que ce n'était pas un argument important à leurs yeux.

Elles avaient toutes un regard positif sur l'allaitement maternel avant de le vivre personnellement malgré quelques craintes. Nous avons pu remarquer une pression plus ou moins objectivée par les participantes sur le « devoir » d'allaiter son enfant. L'une des participantes s'interrogeait même sur la réaction des soignants en cas de refus d'allaitement maternel. *M12 : « je me suis demandée vraiment comment aurait été reçu le « mais en fait j'ai pas envie d'allaiter ». Parce qu'en fait j'ai l'impression que c'est pas du tout une option envisageable dans le discours des sages-femmes et des pédiatres que j'avais rencontrés. ».*

Les participantes avaient des envies d'allaiter différentes et qui ont évolué avec le temps et surtout la pratique. Une partie était plutôt curieuse, l'autre plus réservée.

Les participantes avaient quelques traits de personnalité communs dont la confiance dans leurs connaissances. Cette dernière est fortement ébranlée en période de post-partum et les mères se sont plaintes de leur vulnérabilité à cette période. *M4 : « t'as beau être médecin, tu es une jeune maman, tu es complètement perdue, t'as la chute hormonale brutale, tu es en manque de sommeil et là t'es complètement désemparée tu vois. »* Cette vulnérabilité face au corps médical est assez mal vécue. Est-ce dû au sentiment de perte de contrôle de soi chez des femmes habituées à régler leurs problèmes de santé seules ? ou d'une perte d'identité lorsqu'elles se retrouvent en tant que patiente ? Toujours est-il que ces bases de connaissances sont restées un atout précieux soit pendant l'allaitement en confortant leur position contre leurs doutes, et ceux de l'entourage, voire même envers les préconisations du corps médical ; soit après coup, en permettant de prendre du recul sur leurs vécus.

De par notre expérience professionnelle, nous avons un regard biaisé sur les pathologies et l'institution hospitalière ce qui a entraîné une perte de confiance envers nos collègues (méfiance et peur du jugement) parfois préjudiciable. *M7 : « c'est moi qui ai mis les façades [...] Un peu par fierté je sais, je suis médecin je vais y arriver j'ai la théorie, et en fait non ça marche pas ».*

Cette fierté se retrouve aussi dans la persévérance dont les mères ont fait preuve lorsqu'elles ont rencontré des difficultés le sentiment d'échec et de culpabilité se ressentait même plusieurs années après les événements. La notion de sacrifice pour le bien-être de l'enfant est récurrente dans les entretiens. *M7 « je tapais dans les murs et je pleurais tout ce que vous voulez mais je tenais bon pour elle ».* Est-ce lié à notre profession qui nous pousse vers le don de soi ou la manifestation de l'instinct maternel ? Probablement les deux, l'un exacerbant l'autre.

La mise en place d'un allaitement est une période critique où les mères ont rencontré le plus de difficultés. Elles ont ressenti fortement la confusion dans les informations médicales transmises, de l'isolement, voire de l'abandon qui les a déconcertées. Par la suite nous avons remarqué que les difficultés rencontrées avaient un impact important sur les mères avec des inquiétudes sur leur capacité d'allaitement, de gestion du tire-lait avec la reprise du travail et un sentiment de frustration.

La déception de la réalité par rapport à ce qu'elles se représentaient de l'allaitement est parfois présente mais heureusement estompée par les aspects positifs de l'allaitement (plaisir d'allaiter,

de nourrir et d'avoir cette relation unique avec son enfant, simplicité et aspect pratique de l'allaitement).

Les participantes ont eu des complications « classiques » de l'allaitement maternel : elles n'ont pas échappé aux crevasses, engorgement... mais c'est la fatigue qui s'est le plus manifestée. Elle était physique mais aussi psychologique et mentale. La fatigue était poussée à son paroxysme suite à la reprise du travail. *M8 : « en plus du travail de médecin et de maman ya le tire-lait à nettoyer, ya le temps pris à tirer son lait... », M11 : « On était crevés »*

Les mères médecins ont dû se confronter à leur manque de connaissances pratiques aussi bien sur le positionnement au sein de l'enfant que sur l'utilisation du tire-lait. *M10 : « les deux premiers jours on avait du mal à ... ben à s'accorder. »*

Cette expérience leur a cependant permis d'acquérir de nouvelles compétences qu'elles réutilisent dans leur pratique clinique mais aussi lors d'une deuxième naissance.

Nous n'avons pas de mère ayant une famille nombreuse même si l'une d'entre elle était enceinte de son 3^e enfant au moment des entretiens. Les femmes généralistes arrivant à cumuler leur double emploi de mère de famille nombreuse et de médecin pourraient avoir un vécu différent de celui des mères que nous avons interrogées.

Globalement, une fois l'allaitement établi, le souhait de le poursuivre voire de le prolonger s'est fait sentir avec souvent comme conséquence un mauvais vécu de la reprise du travail. Les participantes ont rarement eu le sentiment d'avoir choisi le moment du sevrage soit parce qu'il venait d'une volonté du nourrisson, soit parce qu'il a été imposé par des contraintes extérieures variées : pression de l'entourage proche, maladie intercurrente, charge de travail trop lourde (horaires, trajets, fatigue).

D'autres facteurs dépendant de l'enfant ont influencé les durées des allaitements maternels et principalement l'état de santé des nouveau-nés. En effet en cas de prématurité, les mises au sein ont été retardées avec une séparation de la mère et de l'enfant, les soins étaient importants et l'immaturation physiologique rendaient les tétées compliquées. Pour autant, les deux enfants

prématurés de notre échantillon ont pu bénéficier d'un allaitement maternel satisfaisant grâce à la ferme volonté de leurs mères et un bon accompagnement familial et médical.

Les complications moins importantes néo-natales comme les reflux, coliques, pleurs ont certes influencé les allaitements, mais n'ont pas non plus conduit isolément au sevrage des enfants. Ils ne sont pas pour autant à négliger car ils augmentent le stress des parents et mettent à l'épreuve leur confiance en eux. *M4 : « c'était un bébé très pleureur et qui criait beaucoup et toujours avec ce doute ».*

- **Le mésosystème**

Les ressources extérieures à la dyade mère-enfant ont été regroupées en fonction de leur proximité avec la mère. L'intensité de leur influence n'est pas évaluable aussi il nous est impossible de dire si par exemple la parole de la sage-femme a eu plus d'impact que celle du conjoint sur la mère. Le biais de mémoire y est trop important et chaque histoire était trop différente.

Nous rappelons aussi que nous n'avons recueilli que la version des mères des événements, un biais émotionnel est forcément présent. Toutefois, l'objectif de l'étude était de connaître les facteurs influençant l'allaitement maternel : le point de vue des mères, actrices principales d'un allaitement, était plus important qu'un récit objectif des situations.

En ce qui concerne le compagnon, celui-ci est décrit comme étant une personne ressource majeure en cas de difficultés mais avec une ambivalence selon les périodes. Est-ce un changement d'attitude réel ou une perception différente des mères ? Même s'ils sont souvent décrits par les mères comme ayant une attitude négative dans les suites de l'allaitement, cette attitude est souvent justifiée par les difficultés rencontrées. Finalement ne fait-il pas parti du rôle des pères de soutenir les mères, même malgré elles ? Par exemple, le sevrage ressenti par M11 comme imposé par le père, brutal et violent, reste accepté et justifié au vu de leur épuisement extrême. Les pères, en agissant contre la fusion de la mère et de l'enfant, exercent leur rôle de père. La situation la plus extrême décrite par M5 d'un père ne prenant pas son congé paternité pour travailler, la laissant seule pour gérer maison et enfants, doit être nuancée par le fait que ce couple s'est séparé par la suite.

En ce qui concerne la famille, nous avons pu recueillir tout un panel de réactions positives et négatives. L'expérience et la culture de l'allaitement dans la famille préconditionnent les futures mères même si un échec d'allaitement dans la famille ne va pas les décourager mais plutôt alléger la pression liée au « devoir d'allaiter ». M1: « *Je sais que ma mère m'a dit que elle, elle avait pas beaucoup allaité, que ça n'avait pas fonctionné, donc j'avais pas cette pression de faire à tout prix, voilà, j'avais pas été allaité et pour autant j'allais bien* ».

Le manque de connaissance et les mauvaises expériences de la famille est un frein à l'allaitement important. M5 : « *d'entendre « mais ton lait est pas bon, tu vois bien il pleure beaucoup, il a tout le temps faim* », voilà. *Ça c'est un discours qui est quand même un peu négatif, un peu pénible* ».

Les amis et les collègues sont perçus comme étant des personnes ressources aidantes par le partage d'expérience. Nous n'avons recueilli aucun avis négatif venant de la part des amis : cela pourrait être dû à leur position de confident, plus à l'écoute, avec un vécu similaire récent. Les collègues en cabinet médical libéral sont peu présents mais souvent aussi professionnels de santé, on peut supposer qu'ils auront un discours plus juste (meilleures connaissances).

L'entourage médical est très présent dans l'allaitement maternel mais les avis sont très divergents selon les expériences de chacune. Une partie a trouvé auprès d'eux une disponibilité, un soutien moral, avec une information et une aide pratique appropriées. M5 : « *merci à la conseillère en allaitement* ». L'autre partie a ressenti une absence d'aide, d'efficacité, une communication maladroite avec parfois des discours différents, voire même de fausses informations. Les pires expériences relatent un discours culpabilisateur avec un jugement comme pour M4 : « *la sage-femme qui passe « mais vous voyez pas que votre petit il hurle parce qu'il a faim* » *Mais ça, mais ça m'a traumatisée cette phrase franchement !* ». Il y a même eu une opposition du personnel pour M6 dont les biberons de laits maternels sont remplacés par des laits prématurés.

Les ressources écrites ont été d'une aide précieuse pour presque toutes les participantes qui ont pu compléter leurs connaissances principalement via internet : Leche League, groupe Facebook,

guide INPES, brochures, livres. Les données sont nombreuses mais disponibles en permanence et faciles d'accès ce qui a participé à leur bonne contribution.

- **Le macrosystème**

Le travail représente un frein important à l'allaitement maternel, que ce soit du fait des horaires lourds, des trajets, de la nécessité de tirer son lait en ayant aménagé son temps et son espace ou même simplement du fait de la moindre disponibilité à la maison qu'il entraîne. Les mères que nous avons interrogées tenaient à cœur leur allaitement, ce qui peut expliquer pourquoi elles s'en sont accommodées. *M3 : « à la reprise du boulot je savais pas du tout ce que j'allais pouvoir faire. Et je me suis organisée pour pouvoir continuer ».*

Mais malgré leur motivation, le travail a eu impact défavorable sur leurs allaitements, on peut imaginer qu'une mère moins investie dans l'allaitement aura encore plus de difficultés à la reprise du travail.

Le mode de garde a eu aussi un impact, via le regard porté par le personnel et leur gestion (ou non) du lait maternel. *M1 : « Les Ass Mat étaient un peu frileuses aussi de gérer les bibs de lait maternisé/maternel, elles disaient « vous savez ça va être compliqué et puis la relation la nounou, le lait, l'odeur de la maman », donc elles encourageaient pas forcément non plus ça ».*

Le regard sur l'allaitement a été retrouvé à tous les niveaux de notre analyse : au niveau de la mère, de son compagnon, de sa famille, du personnel médical et de puériculture. Ce regard global de la société est souvent négatif envers les allaitements considérés comme longs et en public. *M8 : « On sent qu'il y a quand même une gêne en France et que c'est pas bien admis. »*

L'environnement sanitaire exerce une pression en faveur de l'allaitement maternel du fait des effets protecteurs du lait maternel sur l'immunité, bien utiles pendant les épidémies hivernales ou de Covid19. Il a été intéressant de voir que les scandales sur les laits artificiels incitaient le couple M10 à prolonger l'allaitement en cours.

Enfin, le système de santé a été ressenti comme insuffisamment aidant : les congés maternités sont jugés trop courts, les tire-laits efficaces ne sont pas remboursés, le personnel médical n'est

pas assez formé et il y a une inégalité de l'offre de soins avec une opposition clinique/hôpital, en faveur de l'hôpital.

4.3 Comparaison avec la littérature

- Article de F.Huet : Identification des déterminants cliniques, sociologiques et économiques de la durée de l'allaitement maternel exclusif (24)

Cette étude française de 2015 a relevé les motivations des mères pour débiter l'allaitement : 95% étaient pour la bonne santé de l'enfant, 75% pour la relation mère-enfant, 37% parce que c'est pratique et 32.5% pour suivre les conseils des professionnels de santé.

- ⇒ Comme dans notre étude, le bénéfice pour la santé de l'enfant est l'argument principal pour débiter un allaitement. Il est probablement exacerbé par le fait que d'avoir interrogé des professionnels de santé qui en toute logique suivraient les conseils qu'elles donneraient.

L'étude a également retrouvé comme raisons d'arrêt de l'allaitement : le reprise du travail (45.6%) avec un manque de soutien de l'entreprise, les problèmes de santé de la mère ou de l'enfant (24.6%), et les problèmes de lactation (15.8%).

Lors de l'arrêt de l'allaitement exclusif, plus d'un tiers des mères optaient pour un allaitement mixte. La durée moyenne d'allaitement exclusif dans le Languedoc-Roussillon était de 12.05 semaines pour une moyenne nationale de 11.3 semaines.

Les déterminants d'un allaitement de plus de quatre mois sont : le plaisir d'allaiter, les difficultés financières, un âge >35ans, la capacité de la femme à allaiter dans un lieu public, trouvant pratique le fait d'allaiter, considérant que cela favorisait le lien mère enfant, n'ayant pas eu de difficultés pour débiter l'allaitement, l'absence d'activité professionnelle, l'absence de tabagisme et de consommation d'alcool.

- ⇒ Nos résultats sont plutôt similaires à ceux de l'étude. La consommation d'alcool ou de tabac n'y a pas été retrouvée : elle n'a pas été demandée de manière systématique mais n'a jamais été mentionnée spontanément

En ce qui concerne l'enfant seule l'absence de trouble digestif est retrouvée comme significative.

- ⇒ Les nombreux pleurs nous semblaient dans notre étude pourtant être un facteur important en diminuant la confiance des mères dans leur allaitement.
- ⇒ La prématurité et les complications néonatales n'ont pas été de facteurs significatifs. Cela paraît étonnant mais finalement c'est aussi ce que nous avons retrouvé : les deux mères dans notre étude ayant eu des enfants prématurés ont réussi à mettre en place et maintenir des allaitements longs malgré les difficultés néonatales. Elles nous ont signalé un soutien très important de la part des équipes soignantes où le personnel y était peut-être plus sensible.

Chez les mères exerçant une activité professionnelle, les mêmes critères ressortent auxquels s'ajoutent une politique favorisant l'allaitement de l'entreprise.

- ⇒ Cette étude étant quantitative, les réponses étaient limitées et les facteurs que nous avons classés dans le mésosystème n'y sont pas. Notre étude a permis de relever de nouveaux facteurs : les personnes ressources autour de la dyade mère-enfant.

- Etude INPES : Vécu et opinions des mères en 2009 (25)

Cette étude retrouve également la reprise du travail comme première cause d'arrêt de l'allaitement. Elle s'est penchée sur l'aspect psychologique de l'allaitement. Les difficultés rencontrées dans l'allaitement étaient un peu différentes : mastodynies et asthénies, arrivant devant les difficultés à téter de l'enfant. Les critiques de l'entourage et le sentiment d'isolement sont ressortis comme dans notre étude. En revanche, très peu de femmes ont ressenti un manque de soutien du corps médical. Mais si un tiers d'entre elles ont eu recours à un professionnel de l'allaitement, 42% étaient intéressées par un numéro de téléphone pour obtenir des informations et un soutien.

- ⇒ Cette ambiguïté sur le soutien médical reflète peut-être comme dans notre étude, des vécus différents selon le personnel rencontré.

Une majorité des femmes (88%) approuvaient une campagne de promotion de l'allaitement mais 52% d'entre elles craignaient de culpabiliser les mères non allaitantes.

⇒ Ce souci de libre choix des mères s'est également fait ressentir dans notre étude.

- Revue de littérature de 1995 à 2006 aux USA « Barriers and Facilitators for Breastfeeding among working Women in the Unites States ».(26)

Cette revue de littérature a permis de recenser de nombreux facteurs influençant l'allaitement maternel qui ont été classés en niveaux d'écosystème comme dans notre étude.

- Le microsystème regroupe les caractéristiques individuelles de la mère et son comportement :

L'engagement/ le dévouement, la confiance en soi, une croyance dans les bénéfices de l'allaitement des mères faisaient parti des facteurs favorables à un allaitement prolongé. Ce trait de personnalité n'est pas donc dû uniquement à notre profession tournée vers le bien être des autres mais reflète plutôt l'instinct maternel.

L'allaitement maternel exclusif était le plus grand facteur prédictif de la durée de l'allaitement, comme nous avons pu le constater dans notre étude où l'introduction de lait artificiel était suivie peu de temps après d'un sevrage. De même, le confort pendant l'allaitement était cause de sevrages dix fois plus précoces en cas de difficultés. L'expérience d'un premier enfant était favorable à un allaitement plus long pour les autres enfants.

Le fait que les mères développent des stratégies et organisent la charge de travail notamment en vue de la reprise du travail était un facteur favorisant retrouvé.

- Le mésosystème : un entourage favorable et aidant favorisent l'allaitement que ce soit le conjoint, la famille ou les amis.
- L'exosystème : les professionnels de santé ont un impact important sur les mères qu'il soit positif ou négatif. Dans cette catégorie, les auteurs ont intégré le monde du travail. En plus des caractéristiques des mères, l'attitude des collègues et des supérieurs influençaient l'allaitement, de même que la durée du congé maternité, le temps de travail

et la flexibilité des horaires. Les aides techniques étaient importantes : la proximité avec l'enfant, le type de tire-lait, le lieu pour le tirer avec un impact important de la présence d'un lieu dédié (qui finalement reflètent la politique de l'établissement).

Une étude menée chez les mères médecins retrouvait que les mères à plein temps avaient des allaitements plus courts que celles à mi-temps. (27) Il en allait de même dans une autre étude chez les internes en médecine dont la durée d'allaitement diminuait avec l'augmentation de la durée de la séparation de leur enfant (28).

En France, une étude de 2019 s'est penchée sur le vécu de la grossesse chez les internes (29). La hiérarchie a eu un impact important dans un sens ou dans l'autre chez les internes pendant leur grossesse et le post-partum. Les conditions de travail ont eu pour conséquence une augmentation de l'incidence des pathologies pendant la grossesse. Cela a été retrouvé dans d'autres études (28). Nous avons pu constater que presque toutes nos participantes avaient eu des soucis plus ou moins importants pendant leurs grossesses. Concernant l'allaitement, il était considéré comme quasiment impossible pendant l'internat avec des contraintes physiques (perte de poids, fatigue) et pratiques (temps et lieu pour tirer son lait) qui écourtaient inexorablement les durées d'allaitement.

Deux autres thèses réalisées chez les internes mais cette fois uniquement de médecine générale, ont retrouvé ces difficultés d'allaitement liées à la reprise des stages (30) avec une méconnaissance des lois en vigueur (29). Les connaissances des lois concernant l'allaitement n'ont pas été relevées dans notre étude mais les participantes étant libérales, on peut supposer que la méconnaissance de la loi aurait eu moins d'impact que chez les internes.

Une autre thèse a évalué l'impact du vécu de l'allaitement des professionnelles de santé sur leur pratique en consultation (31) : le choix de l'allaitement était une évidence en raison des bénéfices de l'allaitement, et leur expérience leur permettait de mieux répondre aux questions de leur patientes.

Le manque de connaissance et de soutien de la part des médecins généralistes a aussi été retrouvé dans une autre thèse.(32)

4.4 Utilisation de ces données en médecine générale

Nos recherches ont permis de mettre à jour plusieurs problèmes exacerbés chez les mères généralistes :

- Il existe une pression autour de l'allaitement maternel venant du corps médical. Cette pression a des arguments scientifiques basés sur les bénéfices de santé pour la dyade mère-enfant. En tant que professionnelles de santé, les mères généralistes sont plus sensibilisées à la question que les autres mères. Mais elles peuvent aussi avoir une pression supplémentaire. Nos participantes l'ont bien souligné : l'allaitement maternel doit rester un choix qui doit être accueilli et accompagné quelle qu'en soit la décision.
- Si les grossesses sont plus à risque dans notre profession, il est possible que les allaitements le soient aussi or les médecins ont plus de difficultés à demander de l'aide. Le risque d'une moins bonne prise en charge et d'un abandon des médecins nécessitent une attention et une écoute attentive des mères dans cette période de vulnérabilité.
- Les idées reçues et le regard de l'entourage a une influence sur la durée des allaitements maternels. Il est donc nécessaire de poursuivre un travail d'information auprès des aidants proches et du personnel médical. Ceci fait entièrement parti du rôle du médecin généraliste.

4.5 Perspective d'avenir

Le travail a une influence majeure sur les durées d'allaitement, l'étude ESPGHAN a retrouvé que les pays ayant une politique d'entreprise favorisant l'allaitement ont eu des résultats importants. Les durées de congé maternité devraient être adaptées aux recommandations officielles.

De même, il est important de renforcer les prévoyances santé en ce qui concerne les congés maternités, avec un travail de sensibilisation de tous les médecins libéraux.

Pour favoriser la poursuite de l'allaitement à la reprise du travail, il serait utile d'élargir le champ de remboursement des tire-laits portatifs, plus compacts et plus pratiques.

Notre étude fait ressortir le manque de connaissance du personnel médical déjà connu. Les efforts sont à poursuivre avec une harmonisation des informations. Nous avons remarqué également un clivage entre les hôpitaux et les cliniques. Il convient de soutenir les hôpitaux publics et de renforcer les pressions sur les cliniques afin qu'ils intègrent l'allaitement maternel dans leur politique. En cela, le label Initiative Hôpital Ami des Bébé est un bon début. Dans le Languedoc-Roussillon, il n'existe à ce jour que deux maternités ayant ce label : la maternité de l'Hôpital Saint-Affrique et depuis 2020 celle de la Clinique de Ganges.

S'il fait partie du travail du généraliste d'informer les familles sur les bénéfices de l'allaitement, cela fait aussi partie des tâches de santé publique avec notamment un travail sur la perception d'un allaitement « long » et en public.

CONCLUSION

Notre étude a permis de retrouver chez les mères généralistes certains des facteurs influençant la durée des allaitements maternels connus dans la population générale : les difficultés avec l'entourage et le personnel médical, les reprises de travail difficiles avec souvent un sevrage à la clé. Tous ces facteurs communs ne semblent pas beaucoup s'améliorer avec le temps malgré le développement d'organismes, de labels et de réseaux en faveur de l'allaitement.

Comme nous le supposions, le travail a joué un rôle majeur comme facteur limitant l'allaitement mais à notre surprise, non pas du fait de notre profession propre, mais de tout ce qu'il entraîne comme indisponibilité, fatigue et charge supplémentaires à une mère. En effet, les généralistes travaillant en libéral, ont été libres d'adapter leurs horaires à leur convenance, pour pouvoir s'adapter à leurs besoins. Les durées de congés maternités ont été globalement respectées et pour la plupart rallongées, ce qui est en faveur d'un réel besoin de passer plus de temps avec leur enfant.

Notre étude a aussi permis de mettre en valeur certains facteurs peu décrits, que l'on peut considérer comme propres aux médecins généralistes. Nous avons retrouvé un engouement pour l'allaitement et une volonté d'allaiter envers et contre tout, allant souvent jusqu'au sacrifice de leur bien-être en faveur de celui de leur enfant.

Malgré leurs connaissances théoriques, les mères généralistes ne sont pas formées sur le plan pratique et se retrouvent souvent désemparées à la naissance de leur enfant. Le risque est qu'elles soient abandonnées par le personnel médical qui évalue mal la situation. S'ajoute à cela, la difficulté à demander de l'aide ou à se faire aider, ce qui les rend vulnérables, particulièrement dans les premiers mois.

Ces expériences personnelles, bonnes ou mauvaises, sont réutilisées par les généralistes dans leur accompagnement des autres mères allaitantes : que ce soit dans leur façon d'aborder les choses, sur les conseils pratiques ou leur connaissances théoriques approfondies.

Malgré cet engouement et leurs connaissances, même les médecins généralistes ne semblent pas avoir des durées d'allaitement plus longues que la population générale. Ceci est à confirmer par une autre étude quantitative mais pourrait expliquer ce pourquoi les campagnes de promotion de l'allaitement basées sur une information grand public ne suffisent pas à faire progresser les durées d'allaitement. Un accompagnement personnel bienveillant et aidant, une meilleure formation du personnel médical, et une augmentation de la durée des congés maternités semblent être des solutions adéquates.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS _ 10 faits sur l'allaitement maternel.html.
2. Propositions pour une Politique Nationale Nutrition Santé à la hauteur des enjeux de santé publique en France PNNS 2017-2021. 2017;170.
3. étude epifane 2012 2013.pdf.
4. Lisa Favier-Steeger. Les causes de sevrage d'allaitement maternel dans les six premiers mois de la vie de l'enfant : Etud.
5. Vuylsteker Laurie. Prise en charge des complications maternelles de l'allaitement par les médecins généralistes de la rég.
6. Rev. Méd. Périnat. (2016) 8:213-220DOI 10.1007/s12611-016-0381-9.
7. 1998 - Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation e.pdf.
8. bfhi-poster-a2-breastfeeding.pdf.
9. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by .
10. favoriser_lallaitement_maternel_processus_-_evaluation_guide_2006 HAS.pdf.
11. Turck D, Vidailhet M, Bocquet A. Allaitement maternel: les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Archives de.
12. Arch Pediatr.
13. Anderson JW, Johnstone BM, Remley D. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. American Journal Of Clini.
14. IP S., CHUNG M., RAMAN G., CHEW P., MAGULA N. et al. : «Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in develop.
15. Gdalevich M, Mimouni D, Mimouni M. Breast-feeding and the risk of bronchial asthma in childhood: A systematic review with.
16. Grummer-Strawn L, Mei Z. Does Breastfeeding protect against pediatric overweight? Analysis of longitudinal data from the .
17. HENDERSON J.J., EVANS S.F., STRATON J.A., PRIEST S.R., HAGAN R. : « Impact of postnatal depression on breastfeeding duration.
18. STRATHEARN L., MAMUN A.A., NAJMAN J.M., O'CALLAGHAN M.J. : « Does breastfeeding protect against substantiated child abuse a.

19. WBTi France Rapport [Internet]. 2017. Disponible sur: https://info-allaitement.org/wpcontent/uploads/2017/12/WBTi_France.
20. Nigel C Rollins, Nita Bhandari, Nemat Hajeebhoy, Susan Horton, Chessa K Lutter, Jose C Martines, Ellen G Piwoz, Linda M .
21. Preventing Disease and Saving Resources:The Potential Contribution of Increasing Breastfeeding Ratesin the UK. Unicef UK.
22. DREES, INSERM. Enquête nationale périnatale 2016 [Internet]. [cité 2 juill 2018].Disponible sur: <http://drees.solidarite>.
23. Wagner S. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. :11.
24. Huet F, Maigret P, Elias-Billon I, Allaert FA. Identification des déterminants cliniques, sociologiques et économiques de la durée de l'allaitement maternel exclusif. J Pédiatrie Puériculture. août 2016;29(4):177-87.
25. La Santé de l'homme - n°409 - septembre-octobre - .pdf.
26. Johnston ML, Esposito N. Barriers and Facilitators for Breastfeeding Among Working Women in the United States. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. janv 2007;36(1):9-20.
27. Authur, C. R. , Saenz, R. B. , & Replogle, W. H . (2003). Theemployment-related breastfeeding decisions of physicianmo.
28. Miller , N. H. , Miller , D. J. , & Chism , M . (1996). Breastfeedingpractices among resident physicians . Pediatrics .
29. Ménage A, Pougnet L, Dewitte J-D, Loddé B, Pougnet R. Grossesse et maternité pendant l'internat de médecine ? Étude qualitative en France. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. déc 2019;47(12):846-53.
30. Allaitement et internat de médecine générale, est-ce compatible ? : enquête descriptive et transversale en France métrop.
31. Vécu de l'allaitement maternel chez les professionnelles de santé et impact de ce choix sur leur pratique en consultatio.
32. thèse relation mère medecin dans AM.pdf.

ANNEXES

SERMENT D'HIPPOCRATE

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

Guide d'entretien

Introduction : merci d'avoir accepté de participer à cet entretien. Comme je vous l'ai expliqué, il n'a pas pour but d'évaluer vos connaissances mais votre expérience personnelle en tant que mère et généraliste, qu'elle soit positive comme négative.

Je vous remercie aussi de remplir cette fiche d'information et de signer le consentement.

1) Comment vous représentez-vous l'allaitement maternel avant de le vivre ?

Et pourquoi ? Comment vous êtes-vous renseignés ?

2) Comment s'est déroulé votre (ou vos) allaitement maternel ?

A / Qu'est ce qui s'est passé ? Qu'avez-vous fait/ressenti ? Qui vous a soutenu ?

B / Et plus particulièrement après la reprise du travail ?

C / Quels sont les facteurs vous ayant freiné dans cet allaitement ?

Pourquoi avez-vous arrêté votre allaitement ?

D / Quels sont les facteurs vous ayant aidé ?

A qui avez-vous demandé de l'aide, des conseils ?

Quelles dispositions particulières aviez-vous prises ?

3) Avec du recul, qu'est ce qui permettrait d'améliorer ou renforcer les jeunes mères MG dans leur démarche d'allaitement ?

Qu'est ce qui aurait pu être fait pour vous aider ?

Avez-vous d'autres idées ou suggestions ?

Questionnaire descriptif :

Identité :

- votre âge
- votre région d'origine
- vous êtes célibataire, en concubinage, pacsé/mariée, divorcée, veuve ?

Profession :

- vous êtes remplaçante/installée, depuis quelle année
- vous travaillez seule, en groupe, vous êtes associée/collaboratrice
- libérale ou salariée ?
- exercez-vous plutôt en milieu : rural/semi-rural/ville
- avez-vous des capacités spécifiques (DU,...)
- nombre moyen de consultation par jour ?
- nombre de jours travaillés par semaine ?
- quelle était la durée prévue de votre congé maternité ? et réelle ?
- aviez-vous une prévoyance santé ?

Parentalité :

- nombre d'enfant et année de naissance
- déroulement de la grossesse et complication (prématurité, type d'accouchement)
- problèmes néonataux ?
- durée du séjour à la maternité
- Utilisation d'un tire-lait ?
- mode de garde à la reprise du travail
- soutien du conjoint ?
- durée de l'allaitement maternel exclusif ? relai avec lait maternisé ?

JOURNAL DE THEMATISATION

LES FACTEURS INFLUENCANTS L'ALLAITEMENT MATERNEL LIES AU MYCROSISTEME

1. Mère

I. Représentation de l'allaitement

1. Naturel et sain

a. Rôle de mammifère

M2 : me considérant comme un mammifère j'allais allaiter mes enfants et point.

M7 : c'est la base, c'est naturel, c'est comme ça qu'on fait depuis la nuit des temps

b. Inné

i. Spontané

M2 : on est fait comme ça et donc y avait pas d'à priori particulier, j'avais pas programmé quelque chose en fait

M7 : pour moi c'était une évidence

ii. Simple

M4 : pour moi c'était une chose d'assez naturelle.

M6 : ça me paraissait naturel

M12 : je pensais que ce serait assez naturel [...] que c'était beaucoup plus instinctif et beaucoup plus facile.

c. Meilleur pour la santé

i. Nutritionnel

M1 : la façon de le nourrir la plus naturelle, la plus riche et bénéfique pour l'enfant

M3 : J'étais persuadée que c'était une bonne chose d'un point nutritionnel et tout ce que vous voulez

M10 : Moi mon but c'était vraiment de l'allaiter parce que je trouvais que c'était mieux niveau alimentation, santé, tout ça, machin

ii. Immunologique

M3 : moi j'étais persuadée que d'un point de vue nutritif et immunologique c'était bien pour elle

M5 : C'est bien pour le bébé, on est médecin donc on sait que c'est bien pour le bébé,

M6 : c'est le mieux d'un point de vue santé pour l'enfant

M8 : Je voyais tous les côtés bénéfiques, côté santé, quoi

2. Relation privilégiée

a. Exclusivité

i. Relation mère/enfant

M1 : une chance, car il y a que les femmes qui peuvent le faire, donc je trouvais aussi que c'était pas donné à tout le monde

M11 : [relation] entre la maman et son bébé, pouvoir partager des choses que toi seul tu peux partager avec le bébé.

M12 : C'était un moment que je jugeais assez privilégié avec ma fille

ii. Exclusion du père

M3 : pas d'implication du papa dans l'alimentation de son enfant donc j'ai eu beaucoup de frein dans l'allaitement

b. Idéalisation

i. Image angélique

M5 : Comme quelque chose d'absolument idéal, quintessence de la maternité// j'aimais bien cet aspect d'une mère un peu « adonnée » à son enfant quelque part... Voilà j'avais une vision on va dire angélique de l'allaitement

ii. Moment idyllique

M5 : de copines qui avaient allaité « c'était le bonheur ».

M11 : je voyais ça comme un moment idyllique un peu tu vois ? Genre « on va kiffer tous les 2. »

iii. Cocooning

M6 : j'imaginai ça comme un moment privilégié entre la mère et son bébé donc câlin et cocooning

M9 : euh oui le contact, le peau à peau

c. Responsabilité

M11 : Aussi le fait que ce soit toi qui le nourrisse, vraiment exclusivement toi c'était hyper sympa

3. Pression inconsciente

M6 : c'était le mieux pour l'enfant, c'est ce qui faut faire quand on veut faire les choses bien

M10 : Euh en fait je voulais pas trop me le représenter parce que je voulais pas me mettre de pression dessus

4. Craintes

a. Capacité à allaiter

M3 : c'était quelque chose qui me faisait un peu peur.

M10 : Donc j'ai pas trop anticipé « est-ce que ça va bien se passer ? est-ce que ça va construire un lien ? », tout ça j'ai pas trop réfléchi.

b. Plaisir

M3 : mais j'étais pas du tout sûre d'euuh d'apprécier.

M9 : C'était pour l'enfant globalement et puis après euh... c'était pas non plus euh une passion

II. Personnalité

1. Envie d'allaiter

a. Spontanée

M1 : ben j'étais assez curieuse et motivée, ça me faisait pas peur, j'avais envie de le vivre.

M5 : quelque chose d'idéal, quintessence de la maternité.

M6 : J'avais prévu d'allaiter avant d'accoucher, avant d'être enceinte même

b. Réfléchie

M2 : justement ça a été une des questions pour mon premier accouchement

M3 : ça devait pas devenir euh une contrainte énorme par rapport au travail, à la vie de tous les jours

M10 : Comme je voulais vraiment que ça se passe bien, j'ai pris le maximum de recul

c. Forcée

M3 : j'y allais vraiment à reculons

M9 : c'était pas non plus euh une passion, j'avais pas en fait un « waouh, je vais allaiter, ça va être magnifique »

d. Un défi

M7 : ça ne me faisait pas peur, et je voyais pas pourquoi on y arriverait pas puisque tout le monde le fait

e. Envie d'essayer

M2 : Et après ça se passerait bien, ça se passerait mal, j'en savais rien mais en tout cas je ferai tout pour que ça se passe bien

M4 : j'avais envie de l'allaiter mais en me disant que ce n'était pas non plus... un sacerdoce d'allaiter mon enfant

M8 : Et je m'étais dit que si je pouvais, je voulais allaiter, si j'y arrivais.

f. Envie de poursuivre

M3 : j'ai eu envie de continuer alors qu'au départ je m'étais dit que j'allaiterais pendant le congé mat' et après, à la reprise du boulot je savais pas du tout ce que j'allais pouvoir faire.

M8 : Et je m'étais dit si ça se passait bien, au moins... au moins pendant le congé mater

M11 : à la base je voulais faire un allaitement long avec le 2è c'est-à-dire que je voulais aller jusqu'à ses un an.

M12 : après une fois que c'était rodé euh j'étais très contente de pouvoir allaiter

g. Envie de prolonger

M8 : j'avais bien envie d'allaiter 6 mois et donc je m'étais dit après je verrai en reprenant le travail [...] on commence à peine à en profiter à y prendre gout qu'il faudrait arrêter. Du coup j'étais bien lancée pour continuer au travail à tirer mon lait.

M12 : ça été d'autant plus douloureux que euh je voyais revenir la date du travail. « bon ben c'est bien, tant aura bien profité un mois et maintenant que c'est cool va falloir euh réfléchir à comment tu t'arrêtes. » Euh... Donc l'alternative de garder au moins le câlin matin et soir, euh ça me paraissait idéal

2. Difficultés à accepter l'échec

a. Déception

M1 : non j'avoue après peut être que j'aurai été déçue si n'avait pas fonctionné et de pas pouvoir le faire

M3 : J'ai essayé mais elle était en détresse respi, elle y arrivait pas

M4 : Oui ça me tenait à cœur, plus que je ne le pensais

M10 : j'ai pris le maximum de recul en me disant « si ça marche pas, je serai pas déçue de ce point de vue-là »

M11 : Et du coup je voyais que j'y arrivais pas, c'était l'échec total quoi. « Bon ben j'ai réussi à faire que 5 mois » j'étais dégoutée.

M12 : à chaque journée je me disais « bon c'est toujours ça de pris »

b. Culpabilisation

M4 : De mon expérience personnelle c'est vraiment cette culpabilisation qui m'a un peu bouffée

M7 : Je pense qu'il y a des erreurs que j'ai faites qui m'ont un peu pénalisé pour continuer l'allaitement...

M9 : qu'on voit beaucoup de femmes qui arrivent à allaiter sans douleur etc donc on se dit que pourquoi ?

3. Persévérance

a. Sacrifice de soi

M5 : Mais voilà.. j'ai tenu bon

M6 : c'était très contraignant de tirer mon lait aussi souvent et tout le temps sans... avec le côté frustrant de pas pouvoir le mettre au sein

M7 : Bon je suis un peu une Warrior, je serrai les dents, je tapais dans les murs et je pleurais tout ce que vous voulez mais je tenais bon pour elle

M11 : Mais moi je voulais pas [utiliser le biberon le temps de cicatriser], j'étais en mode allaitement à fond exclusif.

M12 : j'étais en larme à chaque fois qu'elle se réveillait parce que je savais qu'elle allait vouloir téter et que j'avais mal

b. Se donner tous les moyens

i. Changer de technique, de matériel

M4 : je voulais vraiment quand même essayer au maximum de faire que de l'allaitement exclusif avant de donner le biberon, en ayant peur ben qu'il s'attache trop et que du coup il veuille plus reprendre le sein

M9 : Comme tout le monde, écoutez j'ai tout essayé

ii. Tirer le lait en plus de l'allaitement débutant

M8 : franchement rien que dès le démarrage faire une tétée puis un biberon puis aller tirer le lait... et après limite il faut recommencer de suite...si on est pas accroché on en a déjà marre quoi.

M11 : Et du coup j'ai tenu bon, voilà, mais j'avais quand même acheté le biberon, j'avais quand même l'idée que psychologiquement si ça n'allait pas du tout je pourrais lui donner un biberon de lait.

4. Confiance en soi

a. S'imposer

M6 : il a fallu que j'insiste lourdement et que je m'impose [...] j'ai eu l'impression de devoir lutter pour continuer à allaiter mon bébé

M8 : Je savais que le lait de la mère il est toujours bon. [...] j'ai persisté mais ... même ma mère...

b. Ecouter son instinct

M6 : Se faire confiance déjà, pas trop écouter les conseils justement de l'entourage

M8 : Euh mais même si au fond de moi je savais que c'était normal, ben la réaction des puer me faisait un peu culpabiliser

M10 : je me serai dit « écoute toi un peu plus »

c. Avoir foi en ses connaissances

M8 : Mais je pense que si j'avais pas eu les connaissances que j'avais en médecine, j'aurais laissé tombé. Mais juste à cause de l'influence des autres, pas à cause de l'allaitement en lui-même.

d. Déstabilisation en post partum immédiat

M4 : tu es complètement perdue, t'as la chute hormonale brutale, tu es en manque de sommeil et là t'es complètement désemparée.

M8 : moi forcément, lendemain de l'accouchement où on est un peu perdu de tout je dis « oui ».

M12 : certaine pression de la part du corps médical et paramédical autour de l'allaitement euh qui est déjà une période ou sur le plan hormonal et émotionnel on est pas mal chamboulé

5. Fierté

a. Méfiance envers les autres

M2 : Mais j'ai pas fait appel à quiconque en fait [...] Pour moi ça aurait été plus simple avec une sage-femme je pense qu'il aurait fallu ptetre une sage-femme avec un peu de bouteille pour que j'ai confiance

M7 : je pense que c'est ma faute aussi, c'est moi qui ai mis les façades

M9 : non j'ai pas eu recours au numéro de téléphone là *Rire* pour le SOS allaitement j'ai pas poussé plus loin que les sages-femmes.

b. Peur du jugement

M2 : j'étais à la fois pas assez sûre de moi pour savoir les choses, et pas assez sûre de moi pour demander aussi. [...] dire ben essaye d'oublier un peu le statut de médecin et prends conseil quand même.

M7 : Un peu par fierté je sais, je suis médecin je vais y arriver j'ai la théorie, et en fait non ça marche pas.

c. Ne pas savoir quoi demander

M2 : j'avais pas le réflexe d'aller chercher conseil.

M4 : Mais bon j'ai pas été non plus plus demandeuse que ça.

M7 : la conseillère en lactation elle est adorable mais j'étais perdue là-dedans et du coup les questions venaient pas

M12 : ce que j'avais la 1^{ère} fois euh je l'avais fait un peu toute seule dans mon coin et ça aurait pu être plus facile.

III. Mise en place de l'allaitement

1. Négatif

a. Sentiment d'abandon

M4 : je me suis sentie un peu abandonnée

M5 : j'avais pas de pédiatre pour me recevoir

b. Sentiment d'incompréhension

M4 : quand tu accouches tu oublies tout quoi. Tu es une maman et c'est tout

M7 : mais j'étais perdue là-dedans et du coup les questions venaient pas

c. Sentiment de confusion

M1: c'était un peu troublant parce qu'on avait pas toujours le même discours d'une sage-femme à une autre ou d'une Puer ou d'un médecin de faire comme-ci, de faire comme-ça,

M4 : tu en as une qui dit blanc, une qui dit noir, une qui dit rouge, une qui dit bleu. Donc aucune cohérence de discours là-dessus

M8 : En fait j'ai vraiment découvert à quel point on accompagnait pas du tout les femmes à l'allaitement en France et qu'on pouvait avoir des messages complètement contre-productifs

d. Sentiment d'isolement

M1 : on a introduit le biberon un peu avant, pour le boulot mais aussi pour moi, pouvoir m'éloigner un peu et reprendre une vie sociale.

M2 : pour *Enfant1* j'ai pas eu l'impression d'en avoir de l'aide

M5 : il faut aussi parler quand ça se passe pas comme prévu parce qu'on tombe d'une autre planète quand même. On arrive on se sent tout seul.

M7 : j'ai pas su le faire toute seule

M12 : Parce que la 1ère fois personne ne m'a guidé

e. Difficultés

M1 : Des moments où j'avais l'impression de pas avoir assez de lait, c'était un peu stressant ce côté de dire est ce que je vais arriver à tirer assez de lait.

M4 : Donc j'ai dit allez basta !! je vais arrêter de me prendre la tête. Je suis allée m'acheter une bouteille de champagne et je me suis dit que j'allais fêter la naissance de mon fils.

M5 : je me dis je me complique la vie [...] Puis ce stress d'avoir été opéré en bas avant. 'Fin j'ai vécu avec beaucoup de culpabilité.

M12 : la 1ère fois j'y suis vraiment allé à tâtons quoi.

f. Inquiétudes

i. Quantité et qualité du lait

M11 : c'était assez difficile parce qu'il tétait beaucoup et du coup je me demandais si c'est parce qu'il avait pas assez de lait ? s'il était pas assez riche ? *raclement de gorge*, s'il faisait pas des tétées assez longues, des choses comme ça.

M5 : Et j'accouche et je vois la bouche absolument énorme de mon fils aîné, sa musculature absolument ahurissante...

ii. Reprise du travail

M10 : j'étais hyper stressée, j'avais peur justement qu'en retravaillant ça me coupe l'allaitement ou que ça le diminue

M12 : la 1ère la reprise du travail c'était un stress, clairement c'était un stress et ça m'a rendue très malheureuse

iii. Tire-lait

M1 : c'était un peu stressant ce côté de dire est ce que je vais arriver à tirer assez de lait

M2 : Ben moi je me serai moins mis la pression, sur le fait de tirer le lait

M3 : ça veut dire anticiper pour avoir suffisamment de lait dans la journée à donner pour quand on n'est pas là.

M5 : C'était sécurisant de savoir qu'il y avait ça [des stocks de lait]

M6 : la difficulté c'était de prévoir les quantités

M8 : En fait avant d'accoucher et même au début d'allaitement ça me paraissait compliqué d'avoir le tire lait et tout

g. Déception

M5 : ce vécu qui a pas été très très facile... de tomber sur un truc dont strictement personne ne m'avait parlé

M7 : j'ai pas su le faire toute seule et donc du coup j'ai assez vite baissé les bras

M9 : C'était pas très très agréable.

h. Frustration

M5 : moi j'avais un besoin de me consacrer vraiment beaucoup à mon enfant et du coup c'était un peu frustrant.

M6 : avec le côté frustrant de pas pouvoir le mettre au sein parce que c'était trop fatigant pour lui

M12 : maintenant que c'est cool va falloir euh réfléchir à comment tu t'arrêtes

2. Positif

a. Plaisir

M1 : j'aimais bien, c'était agréable, un moment privilégié,

M2 : Pour moi c'était un plaisir, que ce soit le jour comme la nuit.. l'allaitement

M3 : moi j'ai trouvé ça hyper agréable en tant que maman

M5 : j'ai quand même d'excellents souvenirs, j'en aurai eu 5, j'aurai allaité les 5 mais quand même sur le coup c'était pas évident

M7 : c'est vraiment des moments privilégiés, c'était vraiment des moments sympas

M10 : Donc finalement ça s'est super bien passé quoi.... En plus ça fait un lien. Ouai c'était agréable ! Vraiment c'était agréable.

M12 : La 1ère fois je l'ai vraiment vécu comme les moments où j'étais en cocooning avec ma fille, et où on partageait un moment rien que toutes les 2

M12 : le regard de bébé quand il voit arriver maman

b. Simplicité

M3 : ça a bien fonctionné tout de suite

M6 : ben il savait téter directement, ça a été un allaitement très très simple

c. Pratique

M3 : hyperpratique déjà *Rires* c'est très terre à terre mais très pratique.

M7 : avec la 2^e je l'allaitais n'importe où

M10 : Honnêtement la nuit c'était quand même beaucoup plus facile que de préparer le bib ou ce genre de chose

3. Complications

a. Crevasse, hématome, engorgement, douleur

M2 : Les 10-15 premiers jours j'avais pas mal de crevasses c'était assez douloureux puis finalement c'est passé assez vite

M3 : j'ai eu des crevasses sur la première tétée à la maternité. [...] j'ai eu une petite candidose.

M7 : Elle m'a fait un hématome sur le mamelon d'emblée [...] j'avais des crevasses d'enfer ça me faisait grimper au plafond.

M9 : après ça a été douloureux, grosso modo, crevasses et compagnie.

M10 : J'ai eu un début d'engorgement

M11 : j'ai tout de suite eu des crevasses et ça me faisait super mal.

M12 : la 1^{ère} fois j'avais pas euh, j'ai eu des crevasses. La 2^e fois j'ai eu des mastites

b. Réflexe d'éjection fort

M5 : J'avais un réflexe d'éjection fort [...] ... il se remplit, ça fait des bulles d'air, faut arrêter, 'fin c'est un peu casse pied quand même, faut s'allonger, faut trouver une bonne position...

c. Baisse de libido, faiblesse périnée

M10 : t'as la perte de libido qui était.. enfin je m'en suis rendue compte après, qui est vraiment assez impressionnante. Et l'hyperlaxité, la.. le relâchement du périnée tout ça, qui est en fait ben tant que t'allaites, t'es pas au top de ta forme en fait.

d. Asthénie

i. Physique

M2 : je me suis retrouvée un soir épuisée

M5 : je me dis je me complique la vie, je suis fatiguée... J'étais fatiguée je travaillais à Alès

M6 : Pour le 1^{er} ça a été difficile parce qu'on était tous les deux très fatigués quand même avec cette naissance particulière

M7 : [accouchement] a été très long, et du coup j'étais épuisée.

M8 : je commençais à être fatiguée de pas faire mes nuits

M9 : Je pense que ça aurait été un peu trop au niveau du planning.

M10 : une grosse journée le soir j'étais à moitié malade, fatiguée et le lendemain là j'ai vu qu'elle avait du mal à... Je pense qu'elle avait plus assez de lait mais elle a bien bien tété et s'est reparti mais voilà sinon ça va. J'étais fatiguée

M11 : .. il dormait pas la nuit, il réclamait tout le temps tout le temps, il se réveillait 3 fois, 4 fois, 5 fois jusqu'euuh.. ben 5 mois. On était crevés.

ii. Psychologique

M2 : vers un mois et demi deux mois j'ai eu un petit coup de mou j'avais l'impression d'être vraiment une vache à lait

M5 : Heureusement les nuits s'étaient un bonheur et donc je vivais ce que je voulais la nuit mais alors le jour...

M7 : j'ai levé le pied parce que ça faisait lourd en aller-retour et en fatigue

M8 : en plus du travail de médecin et de maman ya le tire-lait à nettoyer, ya le temps pris à tirer son lait...

M12 : ça doit pas être une course l'allaitement, et moi je l'ai vécu comme une course.

iii. Charge mentale

M3 : ça veut dire anticiper pour avoir suffisamment de lait dans la journée à donner pour quand on est pas là. [...] Ben c'était une gestion

M5 : ça aurait été plus cool que je puisse passer plus de temps allongée à me reposer, à lire et tout que de devoir penser à tout, au repas, à si à ça, à l'intendance de la maison, ce que je faisais aussi

M6 : la difficulté c'était de prévoir les quantités

M8 : j'avais tout le matériel, j'avais loué le tire lait avant d'accoucher

M11 : J'avais déjà fait des réserves quand je l'allais exclusivement, donc je remplissais mon congèl.

4. Apprentissage pratique

a. Positionnement au sein

M3 : elle savait pas téter et je l'avais pas bien positionnée

M4 : j'avais vraiment du mal à le positionner

M7 : 15 jours difficiles, avec aussi pas mal de douleurs mais que j'ai mieux géré

M10 : les deux premiers jours on avait du mal à ... ben à s'accorder.

M11 : en fait je pense qu'il avait une mauvaise position au début

b. Tire-lait

i. Initiation lactation

M4 : au bout de 3 semaines ben toute façon.. tirage du lait ça n'a jamais fonctionné

M6 : quand on commence à tirer son lait avant la montée de lait le mieux c'est de pas commencer avec un tire lait mais de commencer manuellement.

M7 : j'avais tiré mon lait pour favoriser la montée de lait

M8 : moi derrière j'aille prendre le tire-lait pour stimuler

ii. Pour nourrir

M3 : Je tirais mon lait 2 fois par jour. Enfin 2 fois dans la journée et je tirais une fois avant de partir, pour que mon conjoint puisse donner mon lait quand j'étais pas là.

M5 : quand j'allais travailler j'avais des stocks de lait

M7 : j'ai tiré mon lait 4 mois [sans allaitement au sein]

M8 : coup je compensais en tirant le soir en rentrant, et je me levais plus tôt pour tirer le matin

M10 : j'avais commencé à apprendre à tirer mon lait avant de reprendre le boulot. J'avais fait des petites réserves comme ça j'avais du rab

M11 : J'ai fait ça un mois. Sauf que plus je tirais, ben moins il y avait de lait et plus ça me soulait l'entretien

iii. Entretien lactation

M1 : j'avais utilisé un peu quand même le tire lait pour stimuler parfois

M6 : j'essayais de tirer une fois par jour [...] c'était l'assurance que j'aurai assez de lait pour l'allaiter au sein matin et soir, en continuant à tirer quotidiennement.

M7 : on faisait souvent une pause pour essayer de continuer à faire un peu de stock

IV. Expérience

1. Professionnelle

a. Cours théoriques

i. externat/internat

M8 : Il y a le peu qu'on entend dans notre formation c'est pas grand-chose

M1 : les connaissances médicales, le fait de savoir que oui ça serait bien

M4 : je m'estimais... ben suffisamment bien informée sur les bénéfices de l'allaitement maternel, les contraintes, tous les risques (abcès, machin tout ça

M5 : on est médecin donc on sait que c'est bien pour le bébé,

M7 : avec nos connaissances à nous on a quand même un bon bagage qui nous permet d'avoir quelques notions

M11 : après je me suis rappelé de mes cours qu'on avait eu sur l'allaitement voilà

ii. Fiches de PMI

M6 : J'avais essayé d'emprunter un ou deux livres, j'étais passé en stage à la PMI, j'avais pris quelques prospectus sur l'allaitement dans des endroits comme ça

b. Cours pratiques

i. Optionnels

M8 : en étant enseignante à la fac, ben j'ai travaillé aussi sur l'enseignement optionnel qui est sur l'allaitement et donc ça m'a permis de voir aussi des choses et comme on l'a fait en binôme avec des sages-femmes

M9 : après techniquement pendant les études oui, pendant les stages. Ça ...on l'a bien vu au niveau gynéco, les techniques

M12 : animer les cours sur l'allaitement maternel à la fac

ii. Accompagnement de mères allaitantes

M2 : je pense mon expérience professionnelle en fait. J'avais fait d'autres stage, j'avais accompagné d'autres mamans dans l'allaitement et j'avais appris d'autres choses en les accompagnants.

iii. Absents

M7 : on a quand même un bon bagage qui nous permet d'avoir quelques notions, ... encore une fois de théorique, pas de pratique.

M12 : il y a des solutions qui existent et auxquels ont est pas préparé et même si on nous parle de l'allaitement on nous parle jamais de comment tirer son lait.

c. Résistance physique à la fatigue

M5 : je pense que quand on est médecin avec les gardes, tout ça, c'est bon. Ouai on a l'entraînement qui faut donc si on arrive à dormir au moins 3h bien, c'est déjà pas si mal. *Rire*

2. Personnelle

a. Compétences pour la vie professionnelle

M2 : C'est ce que maintenant j'essaie de dire aux mamans

M3 : je le conseille du coup assez régulièrement

M4 : après ça j'ai un peu changé mon discours de médecin généraliste, non que j'ai été très fermée la dessus non plus mais maintenant je prends encore plus de pincettes

M5 : je fais quand même bien attention aux.. mes mamans allaitantes

M6 : Ça m'arrive beaucoup de parler de ma propre expérience à mes patientes quand elles s'inquiètent

M7 : c'est ce que j'essaie de dire maintenant aux patientes ou aux copines qui vont accoucher

M9 : je les conseille à mes patientes

M12 : c'est vrai que je suis beaucoup plus attentive à la question avec mes patients maintenant, pour être passée par là

b. Cours de préparation à l'accouchement/allaitement

i. Aide pratique

M8 : Oui, il y a eu un atelier avec la sage-femme que j'avais fait sur l'allaitement... Pour le côté pratique, pas pour les bénéfiques, elles en ont pas tant parlé mais c'est bien parce que c'est ce qui nous manque le côté « pratique

M10 : j'ai participé à deux ateliers allaitement qui étaient organisés par le CHU pour savoir comment ça se passe et que ça se passe le mieux possible quand elle naîtrait.

M11 : J'ai fait la préparation à l'accouchement avec la sage-femme et j'ai attendu qu'elle fasse la session sur l'allaitement, c'était en groupe, pour en parler

ii. Peu utile

M3 : J'ai pas appris des milliards de trucs

M4 : pas de formation particulière, si ce n'est euh la préparation à l'accouchement

M12 : malgré les cours de préparation à l'accouchement

iii. Références en cas de besoin

M3 : J'ai pas appris des milliards de trucs, mais au moins j'avais des références pour après en cas de difficultés, savoir qui appeler

c. Pour un 2^e enfant

i. Moins de disponibilité

M6 : Après j'ai arrêté parce que j'avais 2 enfants en tout

M11 : Je pense que j'ai pas eu la même patiente qu'avec le premier. J'avais pas le temps en fait. J'avais beaucoup moins de temps.

ii. Plus de travail et de fatigue

M11 : Le 2^e, j'avais le 1^{er} à m'occuper, et j'avais le boulot donc euh je ne pouvais pas ne pas dormir.

iii. Plus compétente

M11 : L'allaitement du second il s'est un peu moins bien passé. Parce que justement je pense j'avais un peu confiance « boh le 1^{er} allaitement niquel, du coup là ça va bien se passer ».

M2 : ça s'était tellement bien passé avec le premier que... Si ! je me suis dit que j'allais pouvoir le faire plus longtemps que pour le premier

M5 : Il buvait à volonté, donc pour le 2^e j'étais prévenue que ce serait pareil

M6 : j'étais plus rodée aussi

M7 : la 2^e j'étais un peu mieux préparée

M9 : sur le second j'ai un petit peu anticipé, j'ai utilisé des bouts de seins

M12 : Et la 2^{ème} oui pour le coup j'ai eu recours aux conseillères en lactation [...] j'avais changé de regard

V. Sevrage

1. Choisi

a. Allaitement suffisant

M3 : J'ai pas eu de difficulté même dans le sevrage parce que le sein c'était quand même la nourriture, c'était pas le réconfort. Je l'avais pas au sein toute la journée

M5 : j'ai rendu le tire lait, il a pris 2 tétées mais... ça s'est arrêté, je sais plus exactement comment et c'était le moment je peux pas dire autrement

M10 : je me suis dit « bon la tétée du matin, c'est peut-être pas nécessaire non plus, donc on va peut-être l'enlever et garder que la tétée du soir pour l'endormir, tout ça ».

M12 : il me mordait et que ça devenait très douloureux, et que d'un commun accord on est passé à autre chose

M12 : J'avais du mal à me voir allaiter un bébé plus autonome.

b. Nouvelle grossesse

M6 : je me disais qu'il fallait bien à un moment que ça s'arrête et entre temps je suis tombée enceinte

M8 : on était partant pour faire le 2^e et j'avais toujours pas eu le retour de couche

2. Subi

a. décidé par l'enfant

M2 : elle m'a mise dehors à 13 mois, elle a dit que non on est bien avec papa. *Rire* elle a retété deux fois et c'était tout,

M7 : pour la grande et ben c'est elle qui un jour m'a dit (*rire*) « je veux plus maman » rires « comment ça tu veux plus ? viens voir là ! ».

b. décidé par le compagnon

M11 : [*Je père*] a pris le bébé si tu veux en disant « non c'est bon t'arrêtes, tu lui donnes plus le sein ». Et du coup ça s'est arrêté comme ça, je lui ai plus donné le sein, on lui a fait des biberons. Du coup le bébé il pleurait, moi je pleurais, 'fin l'horreur

c. lié à une maladie

M3 : Enfin elle a fait une bronchiolite à 9 mois, j'ai arrêté l'allaitement et 2 jours plus tard elle était à l'hôpital alors bon on est passé à autre chose, on a pas eu le temps de se focaliser sur l'allaitement

d. charge trop lourde

M7 : j'arrivais plus à tirer assez, et puis que j'en avais marre de trimballer la machine, donc j'ai fini par interrompre

M9 : je me voyais pas euh allaiter le matin, tirer mon lait, aller travailler le soir
Je pense que ça aurait été un peu trop au niveau du planning.

e. Horaires de travail incompatibles

M5 : Et ça a été plutôt un deuil, parce que ça se passait bien, et tout et.. juste mes horaires étaient plus compatibles avec ses horaires de tétés

f. Trajets trop longs

M5 : Voilà et puis le grand, ben peu à peu comme je travaillais loin et que.. je pense que j'ai tenu 5 mois et demi

M6 : Et à 10 mois j'ai complètement arrêté parce que j'allais remplacer en Normandie et lui il avait commencé la crèche à Montpellier, il allait rester avec le papa, donc c'est ça qui a fait la fin de l'allaitement

2. Enfant

I. Prématurité

1. Mise au sein tardive avec séparation mère/enfant

M6 : Le premier est né prématuré donc il pouvait pas téter... Transféré au CHU en néonatalogie en soins intensifs

M9 : Le Vrai 1^{er} allaitement c'était en réanimation donc euh c'était un peu spécial

M12 : quand mon fils est parti en néonate, je l'avais pas encore vu, je l'avais pas encore eu contre moi,

2. Médicalisation (SNG, scope..)

M6 : Il était sondé à ce moment-là, il avait une sonde naso-gastrique

M12 : il y avait cette sonde naso-gastrique, au final il était pas vraiment au sein donc euh j'avais moins ce côté câlin.

3. Immaturité (pour téter)

M6 : il tétait très peu au début parce que ça le fatiguait beaucoup et de toute façon il prenait pas

M6 : ... il avait un peu plus de 15j, il arrivait à faire une ou deux tétées au sein par jour et tout le reste du temps c'était du lait que je tirais au biberon et il a été à peu près autonome au bout d'un peu plus mois pour repasser à des tétées que au sein normal

II. Premiers mois de vie

1. Allaitement facile

a. Bonne position

M7 : j'y suis arrivée parce qu'elle était grande, elle avait une bouche plus grande, elle prenait mieux etc

M10 : euh les deux premiers jours on avait du mal à ... ben à s'accorder. Elle avait un peu du mal, moi aussi à la tenir et tout

M11 : La mise en place ça a été. Y'avait une bonne position au sein dès le début

b. Bonne prise de poids

M5 : encore moi il grossissait

M11 : C'est un truc qui m'a toujours beaucoup stressée, s'il prenait assez de poids. Si bien que je le bourrais.

M12 : globalement les enfants grandissaient bien, prenaient bien du poids

c. Relation fusionnelle

M3 : ya une relation charnelle qui s'installe avec le bébé //l'impression aussi de mieux sentir les besoins de son bébé.

M5 : je suis branchée un peu trop presque *rire*

M12 : le regard de bébé quand il voit arriver maman

2. Pleurs

M4 : c'était un bébé très pleureur et qui criait beaucoup et toujours avec ce doute

M8 : ma fille elle était tout le temps en train de pleurer au sein et j'avais l'impression qu'elle avait la dalle et que ça allait pas et...

3. Reflux

M5 : j'avais un bébé qui avait des reflux s'était l'enfer.

M8 : ma fille elle a eu un reflux. Enfin on pense qu'au final c'était ça elle pleurait beaucoup beaucoup et c'est vrai qu'elle rejetait vraiment beaucoup

M12 : sur une période de reflux.. en gros pendant 24-48h il hurlait peu importe la position, le lait, l'heure

4. Coliques

M4 : le petit pleurait vraiment beaucoup beaucoup. Bon après il a fait des coliques pendant 3 mois

5. Muguet

M3 : Ma fille a eu un petit muguet donc j'ai eu une petite candidose,

III. Croissance

1. Diversification

M1 : ils étaient déjà un peu diversifiés, mais oui ils devaient avoir un bib de lait artificiel

M2 : quand il a commencé la diversification j'ai arrêté de tirer

M3 : En fait elle était très diversifiée et du coup ça suffisait plus

M4 : La diversification ça a été compliqué.

M7 : quand elle a commencé à être bien diversifiée, qu'elle a commencé à manger sérieusement, du coup j'ai levé le pied

2. Passage au biberon

M1 : on a introduit le biberon un peu avant, pour le boulot mais aussi pour moi,

M3 : c'est le relai entre le sein et le biberon. Donc ça elle a pas trop aimé, elle a pas voulu, Bon ça va ça a pas duré trop longtemps, ça s'est vite réglé

M4 : je me suis résolue à passer à l'étape sein et biberon

M5 : sans problème ! Tout de façon ils avaient pas le choix donc ya pas eu de problème.

M10 : la journée à la crèche au début elle prenait des biberons, et après elle en voulait plus

3. Sevrage décidé par l'enfant

M1 : à la fin c'était plus des tétées « câlins » qu'autre chose et en fait c'est les enfants qui naturellement à un moment n'en voulaient plus et ça les intéressait plus.

M10 : on voyait qu'elle avait plus trop envie de téter la journée

M12 : d'un commun accord on est passé à autre chose

LES FACTEURS INFLUENCANTS L'ALLAITEMENT MATERNEL LIES AU MESOSYTEM

1. Entourage proche

I. Compagnon

1. Soutien moral

M4 : Mais bon il a été assez soutenant, j'ai rien à lui reprocher

M6 : mon compagnon a été très soutenant et m'a beaucoup encouragé quand des fois j'avais l'impression de trouver moins de lait, il m'aidait toujours à trouver des solutions

M7 : Moi si mon mari avait pas été là, c'est sûr que ça aurait pas du tout été pareil.

M11 : le 1^{er} [enfant] ya le conjoint qui m'a soutenue beaucoup

2. Soutien logistique

a. passage au biberon

M1 : je me rappelle du passage au bib' un mois avant la reprise qui avait été très compliquée... pour le papa surtout (*rire*). Moi je m'étais éloignée pour un stage de voile et ma fille est restée avec mon conjoint.

M7 : Il savait que ça me tenait à cœur donc il avait du mal à me dire qu'il fallait peut-être que j'arrête

b. décharge de la mère

M4 : il m'a soutenu dans les tentatives de voilà, tire lait, machin etc « tu veux essayer avec le tire-lait, vas-y je m'occupe du petit pendant que tu tires ton lait si tu veux

c. Garde l'enfant

M4, enfant gardé par le compagnon.

M5 : [conjoint] a pris son congé paternité en différé pour pouvoir garder notre fils plus longtemps à la maison

3. Incompréhension

a. De la mère

M4 : même si il a pas compris pourquoi des fois je me mettais à pleurer de pas arriver à allaiter mon fils quoi...

M6 : ya eu un moment où les contraintes de se lever la nuit pour tirer le lait c'était compliqué et source de conflits

b. De l'enfant

M5 : mais quand ils pleuraient trop il me disait « écoute, je pense qu'il veut boire », et paf il me donnait l'enfant

4. Exclu de la relation

M8 : Bon après mon mari il m'a laissé faire *rire* lui il m'a pas... il s'est pas positionné, pour lui .. Il a considéré que c'est moi qui savais ce que je faisais...

5. Besoin d'interaction sociale

M3 : mon conjoint qui en avait marre que j'allaite tout le temps et qui du coup avait envie de retrouver une vie sociale plus importante et que je puisse m'en échapper plus facilement

6. Besoin de retrouver sa compagne

M3 : il a un peu œuvré pour mettre du lait artificiel autour de 7-8 mois, pour que je puisse entre guillemets « m'échapper » entre 2 tétés.

7. Epuisement

M11 : Parce que mon conjoint du coup, m'a dit « non mais c'est bon arrête l'allaitement la nuit c'est trop dur on dort pas on est fatigué, même toi tu es crevée, ça sert à rien, on a besoin de dormir donc arrête quoi ! » Donc le sevrage a été hyper brutal

8. Indisponibilité

a. Pas de congé paternité pris

M5 : pour le 2^e, y avait un congé paternité mais il passait sa journée à travailler parce qu'il avait un gros projet *Rire*

b. Pas d'aide dans les tâches ménagères

M5 : ça aurait été plus cool que je puisse passer plus de temps allongée à me reposer, à lire et tout que de devoir penser à tout, au repas, à si à ça, à l'intendance de la maison, ce que je faisais aussi.

9. Regard sur l'allaitement long

a. Positif

i. par rapport à la relation

M6 : il trouvait ça très bien pour 2^{ème} *enfant*, que c'était une chance pour lui d'avoir une maman qui continuait à l'allaiter

M10 : il voyait que ça se passait bien... Il était plutôt à se rendre compte que ça lui convenait bien

ii. par rapport à la santé

M6 : fois il trouvait ça très bien que j'allaite parce que vraiment en plus on avait été briefé par la nana, « c'est mieux l'allaitement maternel » tout ça tout ça, donc à la fois il voyait beaucoup le coté santé.

iii. en comparaison avec les laits artificiels

M10 : Et mon mari, il était pour aussi parce qu'il trouvait que dans les laits artificiels il y avait trop de scandales machin donc il avait dit « tant que ça passe franchement vas-y »

b. Négatif

M5 : je pense qu'il était temps familialement de passer à autre chose. .. C'était pas si simple que ça d'admettre, .. une maman allaitante, à un moment je sais pas, ça peut déranger.

M8 : mon mari il commençait à me dire « mais tu vas aller jusqu'à quand quand même ? »

M12 : qu'il trouvait que c'était trop long et que c'était trop de pression

II. Famille

1. Influence

a. Expérience de l'allaitement

i. Bon vécu de l'allaitement

M6 : ma mère nous avait allaité

M10 : C'est-à-dire que euh ma sœur a eu une petite fille il y a 2 ans, ça s'est bien passé, elle l'a allaité pendant 6 mois

ii. Allaitement court ou absent

1. Moins de pression

M1: Je sais que ma mère m'a dit que elle, elle avait pas beaucoup allaité, que ça n'avait pas fonctionné, donc j'avais pas cette pression de faire à tout prix, voilà, j'avais pas été allaité et pour autant j'allais bien.

2. Moins d'information

M3 : dans mon entourage proche personne n'allait, personne n'a allaité. J'étais la première à faire ça dans ma famille, y avait pas du tout cette image-là.

M11 : Bon ma mère pas du tout mais parce qu'elle y connaît rien.

M12 : ma mère m'avait dit toujours qu'elle avait jamais réussi à nous allaiter longtemps

iii. Partage d'expérience : Allaitement et Dons au lactarium

M2 : ma sœur avait eu ses enfants avant et elle avait donné son lait au lactarium, elle en avait beaucoup et en fait, elle je lui ai posé la question par rapport à ça mais c'est tout.

M2 : Peut-être plus ma sœur que ma mère, un petit peu et c'est tout. En discutant, c'était plus un partage d'expériences qu'une recherche d'information.

b. Tradition familiale

M11 : Mon père est d'origine africaine donc l'allaitement là-bas c'est quelque chose qui est très valorisé, voilà. Lui-même a été allaité jusqu'à l'âge de 6 ans ! *Rire* Donc du coup c'est quelque chose qu'il comprenait vraiment bien et avec qui j'ai beaucoup pu parler là-dessus, il me soutenait énormément pour l'allaitement du 1^{er} et du 2^e d'ailleurs

c. Ignorée

M7 : ma famille... Je fais ce que je veux comme je veux... Là ils se mêlent pas trop là-dedans.

2. Aidante

a. Soutien logistique

M4 : ils sont descendus. Ils ont passé une dizaine de jours. Enfin, ils avaient loué un appart du coup pour pas être trop non plus envahissants donc ils ont été oui, soutenant.

M6 : il était gardé par mes parents au début

b. Encouragements

M5 : je dirais ma belle-mère qui a allaité ses enfants... et du coup je pense que ...euh, voilà elle... oui elle était pas dans ma vie plus que ça. Mais elle était presque plus soutenante que ma propre mère qui a allaité mais pour ainsi dire pas

M12 : « mais si t'es trop fatiguée, si ya trop de trucs, il faut que tu lâches ça tant pis, c'est pas très grave tu seras pas une mauvaise mère quand même.

c. Admiration

M6 : Et puis ma famille trouvait ça très bien et le côté un peu admiratif « elle tire son lait » donc j'ai été assez soutenue là-dedans

d. Pas de critique

M3 : Après ça a été très bien accepté, y'a pas eu de souci particulier. Donc je dirais pas que j'ai été fortement encouragée à poursuivre.

M4 : De toute manière de la part de la famille et de l'entourage je n'ai jamais eu aucune critique par rapport à l'allaitement.

M9 : j'ai pas eu d'avis sur la question.

3. Limitant

a. Regard sur l'allaitement "long"

M6 : Passé 6 mois déjà y'en a quand même qui commencent à faire des réflexions. Et passé un an, ma mère et ma belle-mère par exemple qui venaient me voir « mais quand même, tu vas l'allaiter jusqu'à quand ? » donc pour le coup...

M8 : même mon père des fois je voyais que ça le commençait à le gêner [allaitement après 9 mois]

b. Inexpérience

M5 : ma sœur a pas allaité ses enfants, je suis la seule à avoir tenu mais... mais bon.

M8 : l'entourage en fait... se permet des remarques sans connaître les choses quoi.

M11 : Bon ma mère pas du tout mais parce qu'elle y connaît rien. Elle elle voit sa fille qui va pas bien donc elle dit arrête, elle sait pas quoi.

c. Méconnaissance

i. Mauvais lait

M5 : d'entendre « mais ton lait est pas bon, tu vois bien il pleure beaucoup, il a tout le temps faim », voilà. Ça c'est un discours qui est quand même un peu négatif, un peu pénible

ii. Lait insuffisant

M8 : la crainte de tout le monde c'est tout de suite « t'as pas assez de lait », ou « ton lait est pas bon, tu dois être trop fatiguée »

d. Maladresse

M8 : Ma mère a beau être médecin et être pour l'allaitement, quand on a fini par comprendre que c'était un reflux, elle a sorti quand même « ah ben si t'allaitais pas, au moins t'aurais pu donner du lait épaissi »

III. Amis

1. Partage d'expérience

M2 : Et oui, alors j'ai peut-être discuté avec des amis mais ça a jamais été formel

M7 : Elle m'a pas mal aidé, on était, on est très proche même donc elle m'a vraiment soutenue là-dedans

M9 : hormis les conseils « j'ai fait ci, j'ai fait ça, j'ai mis tel type de produit »

M12 : il y a des amies qui m'ont encouragée beaucoup, qui ont été très soutenantes parce qu'elles ont eu d'autres difficultés avec leurs propres allaitements.

2. Exemple à suivre

M6 : Et j'avais aussi une amie qui avait un bébé d'un mois de plus que moi qui l'allaitait donc du coup j'avais aussi des amies qui avaient des allaitements longs

IV. Collègues

1. Emulation pour tirer le lait

M7 : même en formation, on prenait nos machines toutes les 2 [...] toutes les deux on faisait nos branchements et on discutait en même temps et c'était chouette.

2. Entourage médical

I. Sages-femmes

1. Disponibilité ou pas

M7 : la sage-femme qui m'a suivie en libéral elle est top aussi, [...] il fallait que ce soit moi qui fasse cette démarche-là de demander

M10 : J'ai eu un début d'engorgement mais la sage-femme est passée à ce moment-là, elle m'a montré comment faire et puis c'était terminé.

M4 : De toute façon c'était vite fait, la sage-femme elle est venue 2 fois, elle était en mode assez pressé avec la balance elle a pesé le petit et elle est repartie.

2. Communication

a. Appropriée

M4 : une des sages-femmes m'avait montré un modèle de biberon qui reproduit vraiment la succion naturelle du lait

M8 : sage-femme que j'avais eu, de ce que je me souviens il y avait pas eu de soucis, elle nous avait bien expliqué pour le côté allaitement après c'était que pour les 2 premières semaines

M9 : Les sages-femmes sur le post-partum et sur le 1^{er} mois, elles vous donnent un peu des consignes sur des positions de l'enfant

M11 : la sage-femme m'a aidé un petit peu quand je lui posais des questions elle était là.

b. Maladroite

M5 : à l'hôpital la sage-femme elle me dit « les cas d'enfants qui s'étouffent au sein, les décès de je sais pas quoi c'est vraiment rare » mais bon quand même c'est resté dans ma tête *rires*

M7 : j'aurai préféré qu'on me dise « ben non tenez le coup, c'est la nuit de la montée de lait, on va le faire ensemble etc. »

M9 : les sages-femmes elles sont pas trop pour les bouts de sein...Mais j'ai pas trop cherché à avoir leur avis sur le 2ème allaitement

c. Culpabilisatrice

M4 : la sage femme qui passe « mais vous voyez pas que votre petit il hurle parce qu'il a faim » Mais ça mais ça m'a traumatisée cette phrase franchement !

d. Fausse idée

M4 : le discours de la sage-femme « si vous l'allaiter au biberon après il reprendra jamais le sein ». Et je savais pas bien comment me positionner sur ce discours

M10 : y'en a une, la nuit qui nous a dit « [...] regardez, elle a un frein de langue, regardez là là là. » La pédiatre qui l'a examiné, nous a dit « oh oui peut être mais il est petit, je préférerais qu'il voit l'ORL ». [...] même si à l'hôpital les sages-femmes il y en avait franchement plus de la moitié que je trouve qui étaient bien. Y'en avait 2-3 qui avaient tendance à dégainer assez vite des explications comme ça ou « bon s'il a pas tété il faut le réveiller la nuit, faut vite qu'il boive, si il boit pas et si il perds pas trop de poids, on lui passera un bibi de lait artificiel » assez vite.

e. Jugeante

M4 : j'ai eu l'impression que vu que j'étais médecin on avait l'impression que je savais tout, que je gérais tout et en fait on m'a laissé tomber.

M7 : c'est pas parce qu'on est du milieu qu'on sait tout quoi.

M12 : Parce que la 1ère fois personne ne m'a guidé euh ... pas même la sage-femme pas même le gynéco que j'avais revu en post-partum..

3. Soutien

M1: j'ai eu la montée de lait encore à la maternité, donc les choses se sont déroulées assez simplement

M7 : la maternité m'a pas mal soutenue

M11 : je me suis dit « je vais arrêter » du coup c'est là que la sage-femme est revenue

4. Discours variables

M1 : on avait pas toujours le même discours d'une sage-femme à une autre ou d'une Puer ou d'un médecin de faire comme-ci, de faire comme-ça.

M4 : t'en discutes avec les puers, tu en as une qui dit blanc, une qui dit noir, une qui dit rouge, une qui dit bleu. Donc aucune cohérence de discours.

M8 : j'ai vraiment découvert à quel point on accompagnait pas du tout les femmes à l'allaitement en France et qu'on pouvait avoir des messages complètement contre-productifs.

II. Médecin/Pédiatre

1. Encourageant

a. Soutien moral

M6 : L'équipe du CHU de néonatalogie était aussi très présente pour m'encourager

b. Soutien alimentaire

M4 : la pédiatre elle a dit il y a d'autres techniques [...] Donc elle m'a montrée comment lui donner comme ça en fait.

M6 : compromis qu'on avait trouvé avec la pédiatre c'était que on enrichissait mon lait maternel avec des compléments pour prématurés.

M8 : la pauvre elle a vu son pédiatre qui lui a dit de tirer son lait pour l'épaissir donc la galère quoi !!

2. Culpabilisateur

M4 : Grondée par les pédiatres « oui votre petit il a perdu du poids, c'est pas bien, là maintenant vous avez plus le choix, il faut lui donner un biberon »

M12 : je suis arrivée dans le service de néonatal 3 ou 4h après l'accouchement donc euh ben ma chaise roulante et compagnie... et le premier truc qu'on m'a dit c'est « ah mais vous avez pas ramené le colostrum ? » « Ben non en fait j'ai pas eu le temps ».

3. Jugeant

M2 : Ya qu'à voir la façon dont ils nous jugent quand on demande un avis, nous pauvres petits médecins généralistes. Il était hors de question que je leur demande quelque chose de personnel.

4. Insuffisamment formé

M5 : La pédiatre que j'avais d'ailleurs était super mais elle m'a dit « nous les pédiatres, on est pas formés à l'allaitement clairement » elle était de la vieille génération

M8 : on avait pas encore conclu à un reflux. Il était passé chez la pédiatre. Et la pédiatre selon elle ... Elle avait pas fait de remarque particulière

5. Soutien ponctuel

M8 : Bon la pédiatre quand même elle m'a toujours soutenue dans l'allaitement, mais bon après je la voyait une fois par mois c'est pas pareil.

III. **Conseillère en lactation et Puericultrice**

1. Discours culpabilisant

M8 : la puer m'a dit « c'est vous qui choisissez mais soit elle reste comme ça à pleurer à votre sein, soit *rire nerveux* on fait des compléments de lait artificiel » [...] Et finalement les puers m'ont poussées à faire des compléments de lait

2. Soutien moral

M5 : merci à la conseillère en allaitement qui a quand même été un petit peu aidante.

M12 : conseillères en lactation pour la 2^e grossesse, du fait des contexte particulier, de la prématurité, des soins intensifs et tout ça

3. Correction des mauvaises positions

M11 : elle avait regardé sa position, comment il était positionné, il était pas hyper bien positionné, il prenait pas très bien, il pinçait trop la bouche je crois. Donc elle m'avait montré ça.

4. Disponibilité

M6 : la conseillère en lactation qui a pendant pas loin de 2 h je pense m'a expliqué les différents machines qui avait pour tirer mon lait, comment faire au début

M10 : Mais ce qui était bien au CHU c'est que dès qu'elle voulait téter on appelait quelqu'un et dans les 10 secondes il y avait quelqu'un pour nous aider et nous monter tout ça.

M12 : j'ai appelé à l'hôpital, 2 ou 3 fois les conseillères en lactation qui sont venues me voir et j'en ai appelé une quand j'étais à la maison, par téléphone

5. Inefficacité

M7 : la conseillère en lactation elle est adorable mais j'étais perdue là-dedans et du coup les questions venaient pas

M7 : elle m'a sortie de là parce que c'était difficile mais du coup j'ai jamais pu reprendre en fait derrière

M12 : les sages-femmes avaient beau regarder dans tous les sens elles comprenaient pas pourquoi il y avait des crevasses

6. Opposition du personnel

M6 : Et il fallait que je surveille ce qu'il lui donnait comme lait parce que plusieurs fois je me suis rendue compte qu'ils lui préparaient des biberons de lait maternisé alors que j'avais des gros stocks de lait

IV. Autre

1. Ostéopathe

M8 : J'étais allé voir un ostéo aussi, tu vois j'ai tout essayé *rire* spécialisé dans les nourrissons, et là pareil il s'est La chance que lui m'ai bien expliqué c'était super intéressant

2. Grandir Nature

M3 : j'ai appelé Grandir Nature je sais pas si vous connaissez. J'ai été plutôt bien conseillée j'ai trouvé

3. Ressources écrites

I. Leche League

1. Aide importante

a. Réassurance

M1 : pour trouver des infos je sais que j'étais allé à une réunion de la Leche League, c'était intéressant

M5 : merci à la Leche League

M11 : Leche League est mon meilleur ami

b. Source d'apprentissage

M5 : pareil la Leche League à l'époque je trouvais toutes les infos

M11 : Après j'ai passé mes nuits sur la Leche League. Mes nuits !! et je suis calée !!

2. [Données trop abondantes](#)

M3 : Parce que la Leche League, je trouvais que c'était parfois un peu excessif.

II. Facebook

M8 nous a appris l'existence d'un groupe de mères généralistes sur facebook auquel elle participait, pour s'entraider et se soutenir.

III. Internet

1. [Conseils divers](#)

M1 : j'avais regardé différentes choses sur internet.

M9 : On s'aide aussi d'internet

2. [Guide INPES](#)

M3 : le guide de l'INPES, parce que je trouve qu'il est pas trop et ya tout ce qu'il faut dedans.

IV. Livres/Brochures

M6 : quelques prospectus qu'on peut trouver dans les maternités, les PMI et une fois j'avais feuilleté en diagonal un livre sur l'allaitement mais rapidement.

LES FACTEURS INFLUENCANTS L'ALLAITEMENT MATERNEL LIES AU MACROSYSTEME

1. Travail

I. Horaires

1. [Pauses tire-lait](#)

M3 : à la reprise du boulot je savais pas du tout ce que j'allais pouvoir faire. Et je me suis organisé pour pouvoir continuer

M5 : pour le 2è j'avais le temps de revenir entre midi et deux, de lui donner le sein ou de tirer mon lait

M5 : des fois j'avais les seins pleins à 4h et je pouvais pas tirer donc je... peu à peu en fait ça s'est un petit peu tari, j'avais plus assez pour ses besoins

M6 : au début j'ai adapté mes horaires

M7 : on faisait une pause le midi classique mais un peu plus longue pour qu'on ait le temps de tirer et on avait gardé des créneaux de dispo vers 16h ou 16h30.

M8 : J'avais mis euh 3 pauses dans la journée. Et après... souvent les pauses elles sautaient quand même

M8 : Je me retrouvais à tirer que 2 fois parce que souvent mes pauses me permettaient de rattraper du retard

M10 : J'avais réservé un créneau comme il faut le matin et l'après-midi pour tirer mon lait

M11 : Je tirais mon lait sur le lieu de travail, j'avais mis des pauses exprès de 15 min.

M12 : la contrainte de tirer le lait et de l'organisation avec l'activité libérale euh ouai j'ai trouvé ça assez difficile.

2. Rigidité du planning

M1 : j'ai pas tiré mon lait sur mon lieux de travail, j'ai pas décidé de rentrer la dedans

M2 : Non j'ai pas changé mon emploi du temps.

M9 : je me voyais pas euh allaiter le matin, tirer mon lait, aller travailler le soir. Je pense que ça aurait été un peu trop au niveau du planning.

M12 : C'est que clairement l'organisation du boulot et le rythme de vie est difficilement compatible avec un allaitement au long cours quoi. [...] Non j'avais pas encore rien aménagé sur la reprise. Euh j'avais juste prévu de reprendre plus tard.

II. **Locaux**

1. Isolement possible

M11 : tirer ton lait en fermant bien les portes à clé en me disant j'espère que personne ne va me déranger

M12 : d'avoir du temps dédié ou un espace dédié pour de l'allaitement de pas hésiter à l'utiliser

2. Emulation (tirage de lait à plusieurs)

M6 : comme c'était entré dans ma routine, ben j'avais ma collègue de travail qui avait accouché deux mois après moi et du coup on tirait notre lait toutes les deux en même temps

M7 : on a passé des mois avec ***** à être dans une salle toutes les 2, même en formation

3. Stockage du lait

M5 : j'avais un frigo dans mon lieu de travail

M7 : on mettait ça au frigo.

M11 : tu dois avoir un frigo sur ton lieu de travail [...] Tu tires ton lait, tu le fous au frigo, tu laves ton truc machin et tout..

III. **Trajets**

Aller-retour

M6 : je rentrais le midi euh pendant un mois et demi

M7 : le midi je faisais les allers-retours donc je me faisais 60 bornes aller-retour

1. Longue distance

M5 : je me dis je me complique la vie, je suis fatiguée.. j'étais fatiguée je travaillais à Alès

2. Autre région

M6 : Le_1^{er} enfant ça s'est arrêté parce que je partais en remplacement [en Normandie]

IV. **Moins disponible**

M1 : c'est un rythme de vie qui en dehors du congé mat qui s'adaptait plus, qui laissait plus suffisamment de place

M8 : en plus du travail de médecin et de maman ya le tire-lait à nettoyer, ya le temps pris à tirer son lait..

M11 : Ça faisait un mois que j'avais repris le boulot et ben clairement j'étais fatiguée, je pouvais pas suivre.

M12 : j'étais limite déprimée de devoir bosser, de pas réussir à m'organiser pour.. pour tirer mon lait comme il faut, je me sentais pas assez disponible à la maison, c'était assez compliqué

2. Mode de garde

I. Regard du personnel

1. Craintes

M1 : Les Ass Mat étaient un peu frileuses aussi de gérer les bibs de lait maternisé/maternel, elles disaient « vous savez ça va être compliqué et puis la relation la nounou, le lait, l'odeur de la maman », donc elles encourageaient pas forcément non plus ça

M2 : j'avais même posé la question à la nounou si je pouvais l'allaiter entre midi et deux et elle avait refusé. C'était pas faisable, c'était pas assez régulier, c'était pas bien d'y aller et de repartir donc je tirais à la maison.

M6 : ils m'avaient dit que le lait maternisé c'était mieux, [...] ils m'ont fait comprendre que ça les auraient pas arrangé de toute façon que j'amène du lait maternel.

M6 : ils m'avaient fait passer un protocole

2. Positif

M3 : pareil [la crèche] y était tout à fait favorable donc j'amenais du lait que j'avais tiré

M10 : ils gèrent ils ont l'habitude

M11 : la nounou a écoulé le lait congelé, parce qu'il y avait pas mal de réserves.

3. Sur l'allaitement long

M6 : je me suis dit à 10 mois si je continue à la crèche ils vont me regarder avec des yeux ronds si je continue de leur amener des stocks de lait (rire).

II. Gestion du lait maternel

M5 : La nounou que j'avais choisie, [...] c'est une problématique qu'elle connaissait c'était sympa.

M6 : quand il a été à la crèche j'ai continué à fournir le lait maternel à la crèche

M7 : elle m'envoyait des messages « attention elle commence à avoir faim » et moi je gérais par rapport à mon planning

M8 : Non pas de souci

3. Regard de la société

I. Allaitement "trop long"

M6 : on sent bien que pour la plupart des gens en France, allaiter un bébé de plus de an c'est pas quelque chose de naturel

M8 : On sent qu'il y a quand même une gêne en France et que c'est pas bien admis.

II. Allaitement en public

M7 : Je crois pas que l'extérieur soit un frein à l'allaitement, même si on est en public. Suffit de le faire correctement et de prouver aux autres qu'on le fait avec respect, de se protéger, de pas se dénuder au milieu de nulle part

4. Pression de l'environnement sanitaire

I. Epidémies hivernales

M6 : les derniers sachets on les a utilisés un peu comme des médicaments en fait quand il était malade et ça marchait super bien

M8 : je me suis dit ben autant continuer jusqu'à la fin des épidémies.

M12 : mais globalement elle a pas du tout été malade les 2 premières années de vie

II. Epidémie Covid19

M8 : ça me bloquait un peu d'utiliser le tire lait au cabinet j'avais peur de le contaminer et je préférais pas. [...] je me disais « y'a un risque que je ramène quelque chose à la maison et que je la contamine » donc je là je me disais « si je la contamine, je lui donne les anticorps aussi ».

III. Scandales sur les laits artificiels

M10 : dans les laits artificiels il y avait trop de scandales

5. Système de santé

I. Congé maternité

M11 : Le congé mat pour nous y a pas d'argent. Et ça commençait à être sérieusement critique donc euh..

II. Tire laits

1. Remboursés par la sécurité sociale

M8 : Ce que j'ai trouvé plus ...illogique c'est le fait de devoir acheter un tire-lait nomade, non remboursé par la sécu alors que la sécu... Pourquoi la sécu rembourse en location les tire lait fixes et pas les nomades ? c'est pas aidant du tout pour les femmes qui veulent tirer le lait au travail.

2. Mais encombrants

M3 : j'ai loué un autre tire lait que celui que j'avais à la maison parce que j'avais un tire lait électrique au départ que j'avais pris à la première pharmacie sans trop réfléchir. Qui était très volumineux, qui était pas hyper efficace qui me faisait mal.

M6 : j'avais un tire lait manuel par ce que ça me semblait moins encombrant

M7 : c'est quand même lourd d'emmenner la machine, d'emmenner les bib.

M11 : tu dois trimballer la machine au travail

III. Opposition clinique et CHU

1. Disponibilité du personnel de CHU

M6 : quand il est retourné à St Roch pour le coup je me suis plus du tout sentie soutenue. J'ai demandé plusieurs fois à la conseillère en lactation, en cinq jours là-bas j'ai jamais réussi à la voir.

M10 : Mais ce qui était bien au CHU c'est que dès qu'elle voulait téter on appelait quelqu'un et dans les 10 secondes il y avait quelqu'un pour nous aider et nous monter tout ça.

2. Rentabilité des cliniques

M8 : Mais je pense que c'est la politique de la clinique de pousser à faire ça pour que les bébés prennent du poids plus rapidement et qu'on sorte plus rapidement.

3. Salle dédiée au CHU

M6 : Y'avait une salle dans le service qui était dédiée pour l'allaitement avec plusieurs sortes de tire-lait avec tout un tas d'affiches qui expliquaient etc.

IV. Formation des généralistes insuffisante

M7 : avec nos connaissances à nous on a quand même un bon bagage qui nous permet d'avoir quelques notions, ... encore une fois de théorique, pas de pratique.

M8 : Il y a le peu qu'on entend dans notre formation c'est pas grand-chose [...] c'est ce qui nous manque le côté « pratique ».

M12 : il y a des solutions qui existent et auxquels on n'est pas préparé et même si on nous parle de l'allaitement on nous parle jamais de comment tirer son lait

V. Pression pour allaiter

M12 : de bien sonder chez les femmes si ya un vrai désir d'allaiter ou pas et de pas leur mettre la pression... parce que moi je l'ai vécu comme ça aussi.[...] et si j'avais pas voulu ? [...] Parce qu'en fait j'ai l'impression que c'est pas du tout une option envisageable dans le discours des sages-femmes et des pédiatres que j'avais rencontré. Et plus encore la 2^{ème} fois parce que du fait de la prématurité, du risque infectieux et tout ça.

RESUME

Objectifs : identifier les facteurs influençant l'allaitement chez les mères généralistes de l'Hérault ayant allaité.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés avec analyse thématique des verbatim de 12 mères généralistes de l'Hérault volontaires ayant allaité pour un total de 20 enfants allaités.

Résultats : Les durées d'allaitement maternel semblent être les mêmes que dans la population générale en ce qui concerne notre étude. Les mères ont rencontré certaines difficultés communes à la population générale : les difficultés avec l'entourage et le personnel médical, les reprises de travail difficiles avec souvent un sevrage à la clé. Même si elles ont eu la liberté d'adapter leurs horaires à leur besoin les durées d'allaitement sont les mêmes qu'en population générale. Nous avons découvert des facteurs propres à notre profession : un fort engouement pour l'allaitement avec un désir d'allaiter malgré les difficultés rencontrées pour le bien-être de l'enfant, un manque de connaissance pratique et une vulnérabilité liée à des difficultés à demander de l'aide. Leur expérience personnelle a enrichi leurs connaissances et les a sensibilisées aux difficultés des mères ce qui leur permet un meilleur soutien de leurs patientes allaitantes ou souhaitant allaiter.

Conclusion : Malgré leurs connaissances, les mères médecins généralistes sont vulnérables pendant leur allaitement et un accompagnement personnalisé, bienveillant, aidant reste indispensable. Le caractère libéral de leur profession leur permet d'adapter leurs horaires et souvent de prolonger les congés maternités, ce qui pourrait servir d'exemple dans les politiques de promotion d'allaitement maternel.

Mots Clés : Allaitement maternel - Médecin généraliste