

UNIVERSITE TOULOUSE III- Paul SABATIER
FACULTES DE MEDECINE

2017 TOU3 1036/2017 TOU3 1037

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN
MEDECINE Spécialité MÉDECINE GÉNÉRALE

**Allaitement maternel :
Expérience de femmes ayant allaité plus de six
mois en Midi Pyrénées**

Présentée et soutenue publiquement le 9 Mai 2017

Par

Laura PUJOL et Dagmar GUERRE

Directrice de thèse

Docteure Anne FREYENS

JURY

Professeur Olivier Parant
Docteure Anne FREYENS
Docteure Brigitte ESCOURROU
Docteur Pierre BOYER

Président
Assesseure
Assesseure
Assesseur

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURARIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L
Pr WOISARD Virginie



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTE Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie	P.U. Médecine générale	
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie	M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. RECHER Christian	Hématologie	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		

Professeur Associé de Médecine Générale
POUTRAIN Jean-Christophe

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel Médecine Générale
M. BISMUTH Serge Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

REMERCIEMENTS

Au Professeur Olivier PARANT, vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Au Docteur Brigitte ESCOURROU, nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail. Les conseils méthodologiques ont enrichi ce travail. Soyez assurée de notre respectueuse reconnaissance.

Au Docteur Pierre BOYER, nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Le choix de la médecine générale n'est pas sans rapport avec les discussions que nous avons partagé avec vous. Soyez assuré de notre profonde estime.

A Régine PRIEUR, nous te remercions chaleureusement de ton implication, ton soutien et ta disponibilité. Ce travail a pu voir le jour grâce à toi. Tu as su provoquer en nous l'interrogation sur l'allaitement maternel au travers de ton cours. Ton engagement auprès de ces mères nous a permis d'aborder l'allaitement avec un œil nouveau. Sois assurée de notre profonde gratitude.

Au Docteur Anne FREYENS, nous tenons à vous remercier pour votre engagement dans notre thèse. Vos conseils méthodologiques ont été essentiels. Votre investissement, votre bienveillance et vos encouragements ont été des appuis primordiaux pour consolider notre travail. Votre disponibilité tout au long de cette direction de thèse, votre relecture et votre regard critique ont été des aides précieuses. Merci infiniment. Soyez assurée de notre profonde estime.

Aux personnes qui ont participé aux entretiens, nous tenons à vous remercier pour votre temps, votre humour, vos accueils chaleureux et les portes que vous avez ouvertes. Nous espérons avoir respecté vos paroles qui ont été aux fondements de cette recherche.

Remerciements Dagmar

A mon fiancé François-Xavier qui a passé de nombreuses heures à m'aider

A ma famille d'un grand soutien tout au long de ces études

A Romain ...

A Granny

A Laura

Remerciements Laura

A mes Parents qui m'ont toujours soutenu et encouragé dans mes choix. Vous avez su me transmettre des valeurs, le gout du travail, la force pour avancer et la persévérance pour y arriver. Vous m'avez permis d'atteindre ma vocation. Maman, tu as toujours été présente, à mon écoute. Tu as toujours su m'aider et me comprendre. Papa, tu m'as dit qu'il fallait toujours viser haut et tu avais raison. Merci du fond du cœur à tous les deux. J'ai de la chance de vous avoir, je suis fière d'avoir des parents aussi extras. Je vous aime fort.

A mon mari Xavier qui m'épaule au quotidien, qui m'a boosté pour finir ce travail. J'ai de la chance de partager ta vie. Je suis fière d'avoir un mari aussi humain et ...dynamique ! Je t'aime de tout mon cœur, pour la vie.

A mon bout de chou Alexandre, mon petit rayon de soleil. Tes yeux pétillent, ta vivacité rayonne. Tu m'as donné la chance de connaître cette magnifique expérience de l'allaitement. Les jours passent et je suis fière de te voir progresser avec malice et je serai toujours présente pour t'aider à avancer. Ta maman qui t'aime fort.

A ma sœur Vanessa qui a toujours su trouver les mots dans les moments difficiles. On se voit quand on peut mais je suis toujours là pour toi petite sœur.

A Cyril, toujours partant pour les dégustations...et bon public !!

A mes nièces Marie et Nina, deux canailles en herbe que j'aime fort.

A ma Mamie pour ces remarques pertinentes et sans détour et ses délicieuses polpettes inégalables ! Je t'aime fort.

A mon Papi, qui m'a donné la force de choisir cette voie et le courage d'y arriver. Tu me manques...

A ma Belle-famille pour son soutien.

A Sandrine, Christophe, Mathieu et Ethan pour leur bonne humeur et leur générosité.

A Grazie, Christian, Candice pour leur gentillesse et leur générosité

A Michel, Karine, Grégory et Elsa pour leur présence et leur gentillesse

A Pierre pour son côté marseillais et ses peuchères !

A Anaïs, mon amie d'enfance qui a toujours été présente au cours de toutes ses années d'étude.

A la bande de bizuts Juju, Otti, Fanny, Arnaud, Thibault, Emilien qui ont supporté mes retards, mon accent ariégeois et la LP des grands jours.

A Dagmar, que j'ai eu le plaisir de mieux connaître grâce à ce travail de thèse. Je te souhaite beaucoup de bonheur.

A Monsieur le Docteur Guiter, un grand merci pour votre aide au cours de mon cursus, votre confiance lors de mes premiers remplacements, votre gentillesse, votre écoute et vos conseils. Ce fut un plaisir de travailler avec vous.

Aux Médecins qui m'ont permis d'améliorer ma pratique, de progresser, de faire mes débuts
Dr BONREPAUX, Dr BARDY-BRIERRE, Dr CANEL, Dr MILLON.

A la bonne humeur et aux anecdotes partagées, Dr FERRIGNO, Dr ROUCH, Dr GRAELLS,
Dr IGLESIAS, Dr FABBRI, Dr COLLIN.

A toutes les Femmes qui ont permis la réalisation de cette étude ...un grand merci !

A vous tous ici réunis, merci pour votre présence attentive.

Table des matières

LEXIQUE	12
PRÉAMBULE	13
INTRODUCTION	14
METHODE	16
I. Choix de la méthode	16
II. Guide d'entretien	16
A. <i>Grille de recueil d'informations personnelles</i>	16
B. <i>La rédaction du guide d'entretien</i>	16
C. <i>Le test du guide d'entretien</i>	17
D. <i>L'évolution du guide d'entretien</i>	17
III. Sélection des personnes enquêtées	17
A. <i>La population d'enquête</i>	17
B. <i>La prise de contact</i>	17
IV. Méthode de recueil des données	18
A. <i>Les conditions du recueil</i>	18
B. <i>Les techniques d'entretien</i>	18
C. <i>La retranscription des entretiens</i>	19
D. <i>L'éthique et la confidentialité des données</i>	19
V. Méthode d'analyse	19
A. <i>Le contexte d'énonciation</i>	19
B. <i>L'analyse transversale thématique et théorisation ancrée</i>	19
C. <i>La saturation des données</i>	20
VI. Méthode bibliographique	20
A. <i>Les sources et la veille documentaire</i>	20
B. <i>L'analyse de la littérature</i>	21
C. <i>Les recherches sur la méthode qualitative</i>	22
RESULTATS	23
I. A propos des personnes interviewées	23
II. Un plaisir partagé	24
A. <i>Plaisir du bébé</i>	24
a) <i>Un cadeau aux innombrables vertus</i>	24
b) <i>Plaisir au travers d'un moyen relationnel sans égal</i>	25
B. <i>Plaisir de la mère</i>	25
C. <i>Allaiter : naturel, Inné</i>	26
III. Et difficulté du début à la fin	27
A. <i>Début difficile</i>	27
B. <i>Recommandations paradoxales : anomie paralysante</i>	28
C. <i>Travailler ou allaiter / allaiter ou travailler</i>	29
IV. Allaiter, un combat de tous les jours	30
A. <i>Combat face à soi-même</i>	30
B. <i>Combattre dans la société</i>	31
a) <i>Allaiter, entrave à l'autonomie et inceste pour la société</i>	31
b) <i>Sein nourricier ou sein érotique</i>	33
C. <i>Combat face aux soignants : démunis ou franchement hostiles</i>	34
V. Solutions trouvées pour continuer	37
A. <i>Le tire-lait</i>	37
B. <i>Le conjoint</i>	38
C. <i>Quête aux informations</i>	39
D. <i>Rencontre avec des personnes pro allaitements</i>	40
E. <i>Faire confiance au couple mère / bébé</i>	40

DISCUSSION	42
I. Des normes et des représentations sociales	42
A. <i>Des normes variables, source de confusion</i>	42
B. <i>Plusieurs modèles de diffusion de la norme</i>	44
C. <i>De l'autonomie à l'injonction au soin de l'enfant : un paradoxe sociétal</i>	45
D. <i>Sein de femme : érotique et/ou nourricier</i>	47
E. <i>Allaitement, un lien incestueux</i>	47
II. Formation des professionnels de santé, un enjeu important	49
III. L'allaitement, une compétence basée sur la confiance à acquérir	52
A. <i>Une compétence à acquérir</i>	52
B. <i>Implication de la mère dans l'allaitement</i>	53
C. <i>Confiance en soi à développer</i>	53
D. <i>Le rôle des groupes de mères</i>	55
IV. Forces et limites de l'étude	56
A. <i>Les forces de l'étude</i>	56
a) <i>Le choix de l'entretien semi-dirigé</i>	56
b) <i>La durée des entretiens</i>	57
c) <i>Les critères de validité interne</i>	57
d) <i>Les critères de validité externe</i>	57
e) <i>La posture des chercheuses</i>	58
B. <i>Les limites de l'étude</i>	58
a) <i>Le mode de sélection des participantes</i>	58
b) <i>Les interactions et la posture des chercheuses</i>	58
c) <i>La déperdition d'informations</i>	59
d) <i>La désirabilité de l'information</i>	59
CONCLUSION	60
Bibliographie	61
Annexe I : Guide d'entretien	67
Annexe II : Fiche de recueil des informations personnelles	68
Annexe III : Courriel d'invitation à participer aux entretiens	69
Annexe IV : Formulaire d'information et de recueil de consentement	70
Annexe V : Avis de la commission d'éthique	72
Annexe VI : Extrait du verbatim	73
Annexe VII : Exemple de contexte d'énonciation	74
Annexe VIII : extrait du tableau d'encodage	75
Annexe IX : caractéristiques des personnes interrogées	76
Annexe X : Schéma récapitulatif des résultats et de la discussion	79

LEXIQUE

Allaitement maternel :

Alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère. La réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel est considérée comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas de l'allaitement au sein.

Allaitement exclusif :

L'allaitement est exclusif quand le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel à l'exclusion de tous autres ingestas, solides ou liquides, y compris l'eau.

Allaitement partiel :

L'allaitement est 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.

Sevrage :

Arrêt complet de l'allaitement maternel. Le sevrage ne doit pas être confondu avec le début de la diversification alimentaire.

Maternage :

Ensemble de soins qu'une mère prodigue à son enfant.

PRÉAMBULE

Cette étude ne prétend pas parler à la place des personnes qui se reconnaissent dans la population étudiée. Elle ne prétend pas non plus être une étude sociologique, même si elle utilise certains outils de cette discipline.

Les préoccupations des femmes qui allaitent au-delà de six mois, à travers le monde, peuvent être éloignées des considérations contenues dans ce travail. Ces considérations, sont liées de façon inextricable, au contexte dans lequel elles ont été produites et sont une analyse possible d'une problématisation formulée par les chercheuses.

Une attention particulière a été portée à ne pas sur-interpréter les propos des personnes rencontrées et à ne pas faire de généralisations abusives. Nous espérons avoir respecté cette exigence, le mieux possible.

Le contenu de ce document ne doit, en aucun cas, et sous aucun prétexte, être utilisé à des fins de stigmatisation des femmes qui allaitent au-delà de six mois.

Les chercheuses n'ont pas de lien d'intérêt à déclarer.

INTRODUCTION

« Je trouve qu'il y a un gros manque, j'ai l'impression que personne ne connaît l'allaitement (...) j'ai vu sages-femmes, puéricultrices, pédiatres, je me dis c'est des gens qui devraient savoir (...) je n'étais pas du tout préparée, le B.A.B.A, les conseils minimums je ne les ai pas eus (...) je me disais il doit bien y avoir quelqu'un quelque part qui peut te répondre ? »

Ce témoignage recueilli au cours de notre cursus a éveillé notre curiosité sur ce projet parfois complexe qu'est l'allaitement maternel. Qui peut répondre à une femme qui souhaite allaiter ? Vers quelles ressources peut-elle se tourner pour mener à bien son projet ? Les soins primaires apportent-ils une réponse, un soutien à ces femmes ? Les médecins sont-ils assez formés ? Y a-t-il une réponse unique ou plutôt une réponse à adapter à chaque couple mère-enfant ?

La médecine ne cesse de démontrer les bienfaits de l'allaitement maternel tant au niveau maternel qu'au niveau de la santé du nourrisson. (1) L'OMS recommande un allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois, or seuls 19% des bébés français reçoivent encore du lait maternel après 6 mois. (7, 8) Selon les experts, l'allaitement exclusif pendant six mois par rapport à trois ou quatre mois, permet un développement optimal du nouveau-né et doit être encouragé. (5, 9, 25) Pourtant la prévalence de l'allaitement maternel en France est l'une des plus faibles d'Europe. (7-8) Si on compare à la Suède où les lois sont différentes, en 2009, le taux d'allaitement à la sortie de la maternité varie de 98% en Suède contre 53% en France. (2, 3) Selon l'étude Epifane de 2012-2103, la durée médiane d'allaitement exclusif en France est de trois semaines et demi. (7) Un peu moins d'un quart des nourrissons français sont encore allaités à l'âge de six mois dont seulement la moitié de manière exclusive. (7)

Si l'allaitement prolongé présente des bénéfices reconnus pour la santé de la mère et de l'enfant, et est recommandé par les organismes de santé internationaux, il n'est pas admis comme une norme culturelle dans certaines sociétés industrialisées. (2, 3, 4) Les mères qui pratiquent l'allaitement prolongé font un choix contraire à la tendance dominante en France et s'exposent ainsi à une stigmatisation sociale. (10, 11)

L'histoire peut expliquer les taux restreints d'allaitement maternel à notre époque. Le XX^{ème} siècle voit la fin des nourrices et le développement des biberons jugés plus sûrs. (13) Les professionnels édictent des règles et des mesures identiques pour le biberon et le sein. (13, 14, 15) Un certain nombre de croyances anciennes sont encore aujourd'hui présentes, même si

c'est inconscient. (18) Les années 70 sont contradictoires sur le plan de l'allaitement. L'éducation "libertaire " des enfants qui permet aux femmes de choisir leur allaitement s'oppose aux féministes égalitaires qui voient dans la maternité " une servitude épuisante ". (19, 30) La valorisation de l'autonomie précoce est un frein fréquent à l'allaitement. Allaiter est une décision individuelle mais inconsciemment influencée par les normes morales, sociétales qui nous entourent. (21, 27)

La formation médicale initiale reste très restreinte. Nous nous sommes parfois retrouvées démunies face à certaines situations inconnues comme une faible prise de poids d'un nourrisson ou des complications secondaires à l'allaitement.

Nous avons voulu connaître le parcours de ces femmes qui allaitent depuis plus de 6 mois, connaître leurs difficultés, leurs joies, leurs épreuves, leurs attentes.

L'objectif de notre thèse est d'explorer le vécu des mères ayant allaité plus de six mois en Midi Pyrénées ainsi que les éléments qu'elles auraient rencontrés pour en faciliter la poursuite.

METHODE

I. Choix de la méthode

La méthode qualitative a été choisie afin d'explorer au mieux les raisons et les moyens qui permettraient le maintien d'un allaitement maternel au-delà de 6 mois. Cette méthode est appropriée pour mettre en évidence des éléments particuliers, à savoir des pratiques ou des vécus, ou la parole est le principal vecteur (36, 37). Elle a permis un accès aux subjectivités, recueillies à travers les discours. Les données ont été analysées en les mettant en relation avec celles issues d'autres approches méthodologiques, notamment quantitatives.

Le recueil des informations personnelles, réalisé dans un premier temps, visait à trouver des profils de femmes allaitantes différents afin d'ouvrir notre recherche sur de nouvelles pistes d'analyse peu ou pas explorées dans la littérature. Les entretiens à usage principal furent semi-dirigés facilitant l'expression libre des personnes interviewées en même temps que la reproductibilité des entretiens grâce à l'usage du guide d'entretien.

II. Guide d'entretien

A. Grille de recueil d'informations personnelles

Les données de la littérature (3, 5, 27, 28) nous ont permis de réaliser une grille de recueil des informations personnelles permettant de viser une grande diversité dans les profils des mères et de recueillir une diversité la plus large possible dans leur discours.

B. La rédaction du guide d'entretien

Les entretiens semi dirigés ont été réalisés à partir d'un guide d'entretien (Annexe I) issu des données de la littérature. Cinq thématiques ont été définies et séquencées en différentes questions :

- Vécu personnel de l'allaitement maternel
- Vécu par rapport à l'entourage familial et professionnel
- Vécu de la prise en charge médicale et para médicale
- Raisons du maintien de l'allaitement maternel
- Moyens et facteurs permettant le maintien de l'allaitement maternel

- La liberté était prise d'utiliser aussi des questions de relance en dehors du guide d'entretien orientées selon les dires de l'interviewée.

C. Le test du guide d'entretien

Ce guide a été soumis en relecture à plusieurs chercheurs. Les questions ont été testées in vivo par les interviewees lors d'un premier entretien commun. L'absence de remarque et de difficulté a conduit à la poursuite de son utilisation

D. L'évolution du guide d'entretien

Lors du quatrième entretien, le terme entourage « familial et professionnel » a été privilégié au terme « entourage » seul. En effet, les premiers entretiens réalisés ont amené certaines femmes à aborder la question du travail lors de la question : Comment s'est passé votre allaitement par rapport à votre entourage ? Détailler l'intitulé permettait de ne pas exclure la réponse ayant attrait au travail. D'autre part, ça permettait d'explorer plus largement les connaissances sur les modalités d'allaitement maternel au travail.

III. Sélection des personnes enquêtées

A. La population d'enquête

Des femmes ayant allaité leurs bébés plus de 6 mois ont été rencontrées. Elles ont été recrutées par la méthode dite « boule de neige » en Midi- Pyrénées.

Ces personnes avaient des profils divers d'âges, de milieux socio-professionnels, de grossesse, d'accouchement, de bébés afin qu'une grande variabilité d'opinions soit exprimée. Les personnes connues personnellement par les chercheuses ont été exclues.

Avant de débiter l'entretien, les femmes remplissaient la fiche de recueil d'informations personnelles (Annexe II).

B. La prise de contact

Dans un premier temps, les chercheuses ont sollicité leurs entourages amicaux et professionnels en lançant un appel à participation à leur recherche à relayer (de visu, courriel d'invitation accompagné du formulaire d'information et de consentement (Annexe III et IV)).

Les personnes répondant aux critères d'inclusion étaient contactées afin d'organiser un rendez-vous et recevoir des informations complémentaires si nécessaire. Les échanges téléphoniques permettaient de fixer un rendez-vous à la convenance des personnes. Les lieux d'entretien ont été divers (domicile de la personne interrogée, travail de la personne interrogée, domicile de la chercheuse).

Lors de ces contacts, les intervieweuses ont essayé de se présenter comme des chercheuses et non comme des médecins. L'une des intervieweuses n'a pas divulgué son statut de mère allaitante lors des entretiens de manière à garder une liberté de réponses des personnes interrogées. Le travail était présenté succinctement comme une recherche qualitative sur le thème de l'allaitement maternel de plus de 6 mois. L'accord écrit était demandé pour participer à l'étude et pour enregistrer l'entretien enregistré.

IV. Méthode de recueil des données

A. Les conditions du recueil

Lors du premier entretien, les deux chercheuses étaient présentes. Par la suite, une seule des deux chercheuses réalisait chaque entretien. Les entretiens furent réalisés en face à face avec parfois la présence d'un tiers (bébé, frères et sœurs du bébé). Un enregistreur audio était utilisé. Les chercheuses veillaient à ce qu'il soit vite oublié et à ne pas le manipuler au cours de l'entretien. Le guide d'entretien était posé en face de la chercheuse. Une prise de notes pouvait être effectuée afin de marquer le contexte et le langage non verbal de la rencontre.

B. Les techniques d'entretien

La première partie de la rencontre était dédiée à l'explication du déroulement de l'entretien (enregistrement, recueil du consentement, utilisation des données, nombre de questions). Il était précisé que les récits des personnes interrogées resteraient confidentiels et anonymes, seuls des extraits seraient transcrits in fine. L'accent était mis sur le recueil des expériences personnelles, sans jugement.

Différents outils de communication ont été utilisés pour faciliter l'expression (questions ouvertes, écoute réflexive, écoute active, demande d'approfondissement, d'exemples, de précisions).

Le recueil des informations personnelles était effectué avant de débiter l'entretien. Il était proposé de faire parvenir les résultats de l'étude.

C. La retranscription des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot, intégralement et littéralement pour constituer le verbatim. C'est la même chercheuse qui a procédé au recueil de l'entretien et à sa retranscription.

Ont été conservés les onomatopées du discours, les silences ainsi que les rires qui ponctuent et donnent le rythme, tout en respectant la parole des personnes. Le contexte de l'entretien, les mimiques et les gestes qui accompagnent la parole, ont été décrits car ils facilitent la compréhension de l'entretien.

Un exemple de retranscription de verbatim figure en Annexe VI.

D. L'éthique et la confidentialité des données

Avant et après chaque entretien, les personnes étaient informées sur la confidentialité et l'anonymat de l'étude. Une fiche d'information et de consentement leur était remise (Annexe IV). Toutes les personnes interrogées ont accepté de la signer.

Un avis favorable de la commission d'éthique du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Midi-Pyrénées a été rendu (Annexe V).

V. Méthode d'analyse

A. Le contexte d'énonciation

Après chaque entretien, une première analyse a été effectuée (Annexe VII). Elle avait pour objectif de résumer les principales idées et impressions des chercheuses ainsi que le contexte et la dynamique de l'entretien. Elle se faisait rapidement après l'entretien.

B. L'analyse transversale thématique et théorisation ancrée

Chaque entretien a été séquencé en unités de sens. A chacune a été associé un code, ce qui constituait l'étape dite de codification.

Cette étape constituait la première partie du processus de théorisation ancrée qui permettait d'assurer une étroite correspondance avec les données. Cette analyse se faisait transversalement, par des comparaisons itératives avec les données des entretiens effectués au fur et à mesure.

L'étape suivante était la catégorisation. Elle consistait à porter l'analyse à un niveau conceptuel en regroupant et en nommant de manière plus englobante les idées similaires. Cette étape, ainsi que les suivantes, ont été menées conjointement par les chercheuses. Elles consistaient à mettre en relation les catégories pour tenter de reproduire la dynamique du phénomène analysé, ainsi que sa multi-dimensionnalité et sa multi-causalité.

L'analyse des données a été effectuée grâce au logiciel Excel, sans utiliser de logiciel spécifique à ce type d'étude. Un extrait est présenté en Annexe VIII. Une analyse plus spontanée, et souvent inductive, a été menée en parallèle tout au long de l'étude.

C. La saturation des données

Une diversité d'expériences et de points de vue a été recherchée à travers le recrutement de personnes aux profils variés. Les chercheuses ont eu le sentiment subjectif d'être à saturation des données lorsque les entretiens n'apportaient aucune nouvelle catégorie. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmer cette hypothèse. Les chercheuses ont en même temps ciblé des profils différents afin de rechercher une variation maximale de réponses.

VI. Méthode bibliographique

A. Les sources et la veille documentaire

Plusieurs sources d'information ont été utilisées pour procéder à une recherche bibliographique la plus exhaustive possible.

Les bases de données qui ont été utilisées sont MEDLINE (NCBI, moteur de recherche Pub Med), CISMEF (CHU de Rouen, système de métadonnées médicales en langue française), Journal of human lactation (revue sur l'allaitement maternel), la leche league (système de métadonnées médicales sur l'allaitement maternel).

Notre équation de recherche était : allaitement maternel prolongé en France, six mois ou plus, vécu allaitement, soins primaires.

Nous avons retenu 85 articles sur tous ceux que nous avons lus.

Les mots-clefs associés pour la recherche bibliographique ont été présentés dans le *tableau 1*. Nous pouvons parfois indiquer des critères d'exclusion permettant de restreindre la recherche.

	En français	En Anglais
Termes pour désigner l'allaitement maternel prolongé	« allaitement maternel prolongé », « allaitement exclusif prolongé »	« long-term breastfeeding » , « long-term exclusive breastfeeding »
Termes pour désigner les soins primaires	« soins primaires », « médecine générale », « soins de premiers recours »	« primary care », « family medicine », « family practice »
Termes pour désigner les soignant.e.s	« médecin généraliste », « soignant.e. », « médecin de famille »	« general practitioner », « family doctor », « doctor-patient »

Les bibliographies des articles correspondant à notre critère de jugement principal étaient lues et les articles inconnus étaient recherchés.

Différents documents issus de la littérature grise ont été recueillis soit directement (contact avec des sages-femmes, contact avec des chercheurs) soit par le biais du web.

La veille documentaire consistait à réitérer cette recherche bibliographique à plusieurs reprises au cours de l'étude.

B. L'analyse de la littérature

Le critère de jugement principal était de savoir quelles étaient les raisons et les moyens qui ont permis un maintien de l'allaitement maternel au-delà de 6 mois.

Des articles en anglais ou en français, concernant des études qualitatives, quantitatives ou mixtes ont été sélectionnés. Le logiciel Zotero® a permis d'archiver et de classer ces articles selon leur correspondance au critère de jugement principal.

Les articles en corrélation avec celui-ci ont été analysés afin d'en extraire les idées correspondant aux critères de jugement secondaires (le vécu, les professionnels de santé, l'entourage, ...) définissant nos axes de recherche (Annexe X).

C. Les recherches sur la méthode qualitative

Nous avons eu recours à des ouvrages conseillés lors des formations à la méthode qualitative dispensées par le DUMG de l'Université Paul Sabatier de Toulouse. Des articles complémentaires ont été recherchés en fonction des besoins, principalement sur les thématiques développées dans la discussion.

RESULTATS

I. A propos des personnes interviewées

17 mères ayant de 16 à 43 ans ont été rencontrées en Midi-Pyrénées entre janvier 2016 et décembre 2016. Les femmes interrogées devaient avoir allaité au moins 6 mois. Les catégories socio professionnelles des personnes enquêtées étaient très variées mais la majorité (14 d'entre elles) avait au moins le baccalauréat. L'une d'elle avait arrêté l'école à 16 ans et deux femmes allaitaient des jumeaux.

Les modes de relation sexo-affectives étaient divers : mariée, pacsée, en couple, célibataire. Dix considèrent avoir eu une grossesse simple, sept ont eu des complications. Deux d'entre elles ont eu un accouchement prématuré dont un à 35 semaines d'aménorrhée. Deux ont eu recours à la Procréation médicalement assistée. La majorité des femmes avait décidé d'allaiter avant d'accoucher, la mise au sein a été immédiate et l'allaitement se faisait à la demande. La moitié des femmes ayant répondu avaient elles même été allaitées. La durée de l'allaitement variait de six mois et demi (toujours en cours) à deux ans et demi.

Les caractéristiques individuelles, de grossesse et d'accouchement sont répertoriées en Annexe XI.

Environ 30 personnes ont été invitées, par mails ou oralement, à participer ou à relayer l'information. Parmi celles-ci, 15 médecins ont été sollicités et 8 sages-femmes. Une vingtaine de personnes ont été informées oralement.

La durée des entretiens enregistrés a varié de 13 minutes à 33 minutes. La moyenne était de 22 minutes. La saturation des données a été obtenue au 15^{ème} entretien. Nous avons alors décidé d'interroger encore deux personnes en recherchant des profils différents afin de confirmer l'impression de saturation des données.

Afin de respecter l'anonymat, les prénoms ont été modifiés et choisis au hasard.

Après analyse sémantique des entretiens, quatre grandes thématiques ont émergé : *un plaisir partagé, des difficultés du début à la fin, allaiter un combat de tous les jours et solutions trouvées pour continuer*. Les catégories regroupaient des idées, qui étaient illustrées le plus souvent par une ou plusieurs unités de sens.

II. Un plaisir partagé

A. Plaisir du bébé

a) Un cadeau aux innombrables vertus

Parmi les femmes interrogées, beaucoup évoquaient les **bienfaits de l'allaitement pour leur bébé** comme Mélodie « *L'objectif c'était les bienfaits pour le bébé* » « *De voir son sourire, comment il aime téter (...) on sent qu'on lui fait du bien* ».

Christiane soulignait cette **volonté de lui apporter le meilleur**, « *Tant que ça marche je veux lui apporter du bon* ». Propos repris par plusieurs mamans pour qui le **lait maternel était le seul adapté**. Sophie : « *même si les laits maternisés sont de plus en plus développés, pointus, ça n'empêche que le lait maternel, reste le lait maternel et qu'on ne fera jamais l'équivalent* ». Jeanne : « *Rien de plus adapté que le lait maternel pour un bébé humain* ».

Cette démarche d'apporter le meilleur à son enfant était d'ailleurs souvent **encouragée par leur bébé**. Sophie : « *Mon bébé si petit qu'il soit qui me regardait et qui me faisait des sourires (...) pour une maman on lâche rien on continue* ».

Pour certaines, l'allaitement était un **cadeau** qu'elles faisaient à leur enfant. Johanna : « *De lui offrir ça en fait, à la limite, c'est le cadeau que je lui fais* ».

Le lait maternel permettrait un **bon développement staturo-pondéral**. Christiane : « *pour bébé c'est super euh ça lui garantit normalement une croissance idéale* ». Certaines mamans y voyaient aussi des bienfaits sur le **développement psychique et physique**. Solange : « *je trouve ça indispensable nécessaire pour le suivi, pour son état mental aussi pour sa santé, pour son état psychique* ».

Les bienfaits immunitaires étaient souvent cités : Camille : « *ça lui garantit une protection contre certaines maladies par la suite et on sait que plus on allaite longtemps plus ces protections-là sont améliorées* ».

Sophie mettait le doigt sur **l'intérêt du lait maternel face aux allergies** « *Elle avait une intolérance aux Protéines de Lait de vache et du coup ça m'a permis sans passer à des laits artificiels avec on ne sait pas trop quoi dedans de finalement continuer à l'allaiter en faisant moi un régime d'éviction* ».

Les femmes trouvaient également des **vertus thérapeutiques** à l'allaitement. Louise : « *Parce que moi il pleurait beaucoup parce que pour tous ses petits maux : mal de dents, difficulté à s'endormir c'est un super remède on le met au sein et puis ça l'apaise* ».

b) Plaisir au travers d'un moyen relationnel sans égal

L'allaitement maternel était pour les mamans un **moyen relationnel exceptionnel**. Louise : « *L'allaitement maternel m'a vraiment permis d'avoir une relation très très forte avec mon bébé* ».

Les mamans voyaient au travers de l'allaitement un moyen de **réassurance**. Jeanne : « *L'allaitement ça a vraiment fait que j'avais vraiment l'impression de pouvoir la rassurer quand elle en avait besoin* », **de sécurité** Louise : « *la tétée c'était un moyen de leur apporter euh l'état de sécurité qui leur permettra d'évoluer plus tard* ».

La majorité des femmes soulignait le **plaisir** qu'elles prenaient à **partager, à échanger avec leur bébé** au cours des tétées. Sophie : « *c'est un moment génial en fait le moment de la tétée, c'est un moment de partage et d'échange quand ils ont le regard plongé dans le nôtre pendant qu'ils tètent c'est un peu magique donc on essaye de le prolonger le plus longtemps possible* ». Jeanne exprimait son plaisir dans les **tétées câlines** : « *j'adore les tétées câlines voilà euh pour passer ce bon moment avec lui* ». Certaines évoquaient les **tétées retrouvailles**. Mélodie : « *Ça nous permettait de nous retrouver après le travail (...) C'est le lien que j'ai avec elle, les retrouvailles quand je la mets au sein en rentrant du boulot* ».

L'allaitement était perçu comme un **moyen de complicité** avec son bébé. Christiane : « *j'adore les moments de complicité avec mon bébé* ».

On retrouvait également au sein des réponses des femmes, un **désir de répondre au mieux aux besoins de leurs enfants** de façon à leur donner confiance. Claire : « *Grace à l'allaitement, j'ai l'impression de lui avoir permis d'être en confiance, de répondre de la meilleure manière qu'il soit à ses besoins et aussi aujourd'hui il est plus serein et en confiance avec les autres* ».

B. Plaisir de la mère

L'allaitement était considéré comme un acte « naturel », très fortement associé à la notion de **plaisir personnel et partagé**. Jeanne : « *J'ai trouvé ça génial (...) Je suis trop*

fan (...) c'est vraiment un plaisir pour moi (...) J'ai adoré allaiter j'ai adoré ça. J'ai l'impression de lui apporter des bonnes choses ».

Loin d'être un plaisir à sens unique, les mères décrivaient leur propre **bien être, leur propre épanouissement**. Lucie : « *Nous on se fait du bien aussi (...) ça lui fait du bien moi aussi ça me fait du bien (...) j'y trouvais mon compte autant que bébé pouvait y trouver son compte ».*

L'allaitement dans sa durée était perçu par les mères comme une **expérience merveilleuse enrichissante et indispensable**. Lucie : « *Parce que c'était super, parce que c'était très agréable (...) Je trouve ça merveilleux (...) Je trouve ça indispensable et nécessaire j'ai trouvé que c'était une expérience très enrichissante (...) ».*

Pour certaines mamans, l'allaitement permettait de poursuivre leur **plaisir de maternage**. Julie : « *au-delà de l'allaitement c'était une belle expérience de maternage ».*

Toutes les femmes soulignaient le **gain de temps**. Amanda : « *En terme de logistique tu vas gagner du temps par rapport à la préparation de biberon ».* Certaines voyaient l'allaitement comme une **solution de facilité**. Johanna : « *Je trouve ça plus facile en plus de donner le sein que de préparer le biberon c'est presque une solution de facilité en fait ».*

Plusieurs mères voyaient dans l'allaitement un **moyen d'endormissement pratique et naturel**. Mélodie : « *Parce que j'endors mon bébé au sein, parce que c'est naturel aussi et c'est pratique quand on va quelque part on met son bébé au sein on a pas besoin de trimballer (...) ».*

L'allaitement était un **moyen de rester avec l'enfant** pour une maman. Sophie : « *j'ai toujours été quand même assez maman poule en fait avec les enfants, (...) euh en fait c'était une bonne raison de ne pas m'en séparer trop vite et de rester prêt d'eux et d'être disponible pour eux ».*

C. Allaiter : naturel, Inné

Pour beaucoup de femmes interrogées, l'allaitement était quelque chose **d'inné et de naturel**. Jeanne : « *Pour moi c'était plus que naturel en fait d'allaiter, ça me paraissait la logique même ».* Il en était de même pour leur conjoint. Sophie : « *Mon conjoint oui on en a parlé lui ça lui semblait complètement naturel, comme pour moi ».*

Elles ne voyaient pas pourquoi substituer quelque chose de naturel et de forcément bon par quelque chose de chimique. Claire : « *Je ne vois pas pourquoi j'aurais été chercher dans l'industrie pharmaceutique quelque chose que je pouvais fournir moi-même (...) Mon lait est meilleur que tous les produits chimiques* ».

Cette notion de donner ce qu'il y avait de mieux pour leur enfant était très présente. Julie : « *Même si les laits maternisés sont de plus en plus développés pointus, ça n'empêche que le lait maternel, reste le lait maternel et qu'on ne fera jamais l'équivalent (...) c'est ce qu'il y a de meilleur pour eux et j'en ai toujours été persuadée* ».

III. Et difficulté du début à la fin

A. Début difficile

Toutes les femmes parlaient de **début difficile**. Les premiers mois représentaient en général un cap à passer. Jeanne : « *Alors euh au début je l'ai très mal vécu, ça a été très très compliqué à mettre en place* ».

Certaines mères savaient à quoi s'attendre et étaient préparées aux difficultés du début comme Mélodie : « *Je savais que le premier mois euh c'était un peu la galère euh et c'était un peu comme je l'imaginai quoi* ».

D'autres, au contraire, étaient choquées et **ne se sentaient pas du tout préparées** comme Julie : « *C'est pas du tout ce à quoi je m'attendais. Et ça j'étais pas du tout préparée (fois 2) sur ce qu'il faut faire sur le fait que ça puisse pas bien se passer parce qu'on ne nous le dit pas (...) On nous prépare on dit la préparation à l'accouchement qui n'est pas une préparation à l'accouchement ET à la parentalité. Pour moi c'est un gros manque ça* ».

La majorité des femmes trouvait l'allaitement difficile au début de par **l'inconnu** qu'il constituait. Claire : « *On ne sait pas exactement comment ça marche au début l'allaitement surtout avec le premier* ».

Toutes les femmes stipulaient que l'allaitement était **source d'interrogations** et donc de difficultés du fait de l'absence de réponse unanime. Béatrice : « *Il a fallu un mois pour que je sois à l'aise et me poser moins de questions (...) ce n'est pas évident de trouver les positions au début puis est-ce qu'il faut que je lui donne tout le temps* ».

Les femmes déploraient des **cours de préparation inadaptés** qui les mettaient en difficulté face à la réalité le jour J. Louise : « *J'ai eu les cours d'Allaitement pourtant je me suis*

trouvée démunie le jour J, la position, la douleur, on ne m'avait pas expliqué ces détails pourtant essentiels ».

B. Recommandations paradoxales : anomie paralysante

Certaines femmes parlaient d'une **peur de l'inconnu** au départ avec un **manque de connaissances source d'angoisse**. Louise : « *Le premier c'est plus difficile parce qu'on ne sait pas (...) En l'occurrence, je me souviens pour ma première fille, euh le la première nuit c'était un enfer puisqu'on ne sait pas, on ne sait pas comment faire. J'essayais (...) mais je n'y arrivais pas car dès que je la reposais, elle se mettait à pleurer, c'était une catastrophe ».*

Comme disait Amanda, il a fallu **du temps pour être à l'aise** « *Il a fallu un mois pour que je sois à l'aise ».*

Dans ce contexte **d'incertitude, de manque de connaissance**, les femmes se mettaient en quête **d'informations**. Toutes les mères mentionnaient que **l'information était difficile à trouver** : Louise : « *Au niveau de tout ce qui est documentation et tout je trouve qu'il n'y a rien » « Je trouve qu'il y a un gros manque en fait j'ai l'impression que personne ne connaît l'allaitement », fluctuante selon les livres*. Faustine : « *J'ai appris que j'avais des jumeaux donc ben à force de lecture ça apparait comme quoi ça dépend des lectures »*. **L'information des soignants** était très hétéroclite. Faustine : « *De manière générale (...) les personnes qui travaillent y a de tout, y a à boire et à manger*. Ou comme le précisait Nathalie : « *J'ai trouvé qu'il y avait des sons de cloche très différents ».*

Certaines étaient **désemparées**. Louise : « *Donc je me disais ce n'est pas possible y doit bien y avoir quelqu'un qui doit pouvoir répondre à ça quelque part ».*

Camille elle, avait l'impression que sa sage-femme **faisait des essais** : « *J'ai l'impression que ma sage-femme elle faisait un peu euh on fait des essais quoi il n'y avait rien de sûr ».*

Devant cette **profusion d'informations** parfois **contradictoire**s, difficile à obtenir et **assénées avec une grande conviction** par certains médecins, certaines femmes se retrouvaient comme **paralysées**. Aline : « *Les gens (les médecins) sont incompetents (...) ils sont convaincus de ce qu'ils disent en plus », « On peut ne pas être formé et donner des conseils (...) avec une grande certitude (...) moi j'étais désarçonnée je savais plus quoi faire je savais plus c'est très perturbant ».*

Cela pouvait être très mal vécu. Amanda : « *Je le vivais très mal et je me disais ce n'est pas possible je trouve toujours pas d'écho* ».

Certaines n'avaient **pas fait de recherche en amont**, elles l'ont expliqué par une impression de simplicité de l'allaitement. Elles n'imaginaient pas que ce **geste inné puisse être difficile à apprendre** et l'ont regretté par la suite. Jeanne : « *Mais non je n'ai pas envie d'y aller, elle voulait m'amener à une réunion de la Leche League j'ai dit mais non je veux pas venir je veux faire ça naturellement (...) après coup je me suis dit j'aurais mieux fait de l'écouter (...) c'était le meilleur conseil que j'aurais pu suivre d'aller avec elle à la réunion* ».

C. Travailler ou allaiter / allaiter ou travailler

Les interviews ont permis de mettre en avant les différents combats menés par les mamans qui ont souhaité allaiter malgré leur travail. Le terme « **compliqué** » ressortait de toutes les entrevues de celles qui reprenaient le travail. Sophie : « *On va dire qu'avec la reprise du boulot elles continuent mais après ça devient compliqué* ».

Plusieurs mères exprimaient clairement que leur choix d'allaiter était souvent **incompris**. Jeanne : « *Le milieu dans lequel j'étais au moment où j'ai arrêté de travailler, ne comprenait pas du tout l'allaitement* ». Une mère expliquait **se battre au travail pour allaiter** de façon à **ouvrir le champ du** possible à d'autres mères dans un milieu contre l'allaitement. Julie : « *je fais exprès en fait pour les autres mamans qui ont envie de le faire parce qu'ici c'est un milieu d'homme ils sont assez carriéristes donc ils ne comprennent pas trop* ».

Pour une majorité, leur choix était à l'origine d'une **détérioration de leur relation employeur / employé ou collègue / collègue**. Mélodie : « *ça n'a pas contribué aux bonnes relations avec mon employeur* ». Solange : « *je garde mon tél et je ne dis pas forcément que je vais tirer mon lait car les collègues trouvent que j'ai trop de temps sinon* ».

Travailler en allaitant demandait aux mères de **l'organisation**. Claire : « *ce n'est pas facile à gérer hein quand on travaille avec les réunions etc... prendre une demi-heure sur la journée pour aller tirer son lait c'est pas (...) maintenant je tire plus qu'une fois entre midi et deux mais quand je faisais les deux c'était pas facile (...) j'allaitais le matin avant de partir au travail et le soir quand je rentrais* ».

Si la **loi autorise une heure de pause pour allaiter** son enfant ou tirer son lait, les mères rapportaient que celle-ci était **difficilement respectée ou à l'origine de problèmes**. Christiane : « *Mais tu as encore besoin de ta pause, tu comptes continuer longtemps comme ça ?* », Julie « *Mauvaise ambiance quand j'allais tirer mon lait au travail* ». Une d'entre elle nous a rapporté avoir **perdu son travail pour sauver son allaitement**. Julie : « *Faire pression pour que je ne prenne pas cette heure à laquelle j'avais droit. Finalement j'ai tenu bon je l'ai eu, ça m'aura couté mon travail* ».

Certaines mères essayaient de **trouver des solutions pour reprendre le plus tard possible, un grand nombre arrêtaient de travailler**. Johanna : « *J'ai posé tous mes congés après la naissance du bébé puis j'ai enchainé avec un congé parental, j'ai repris à 10 mois* », Sophie « *je ne travaille plus* ».

IV. Allaiter, un combat de tous les jours

Au travers des différentes rencontres, l'idée forte d'un combat ressortait concernant l'allaitement maternel. Combat de tous les jours pour allaiter le plus longtemps possible.

A. Combat face à soi-même

Le premier combat décrit par les mères résidait dans l'**inconnu** que constituait l'allaitement maternel. Faustine : « *On ne sait pas exactement comment ça marche* », Julie : « *Quand on a jamais allaité on ne sait pas* ».

La **mise au sein** du bébé était perçue comme un premier challenge pour les mères. Claire : « *Parce que le mettre au sein, c'est quand même quelque chose* ».

Un des combats que les femmes décrivaient mener se situait **face à la douleur** qu'engendrait l'allaitement lors de sa mise en place. Béatrice : « *Au début c'est douloureux je ne sais pas pourquoi j'ai voulu me battre* ». Un certain nombre d'entre elles stipulaient cette douleur avec insistance. Johanna : « *je voulais allaiter mais ça faisait mal, je pensais qu'il tétait mal mais en fait c'est juste euh affreusement douloureux au début, il faut se motiver pour pas craquer* ».

La **difficulté de mise en place de l'allaitement** était très mal vécue par certaines mères. Béatrice : « *Je me disais ça va être facile mais en fait pas du tout, c'était une horreur au début, j'ai cru que je n'y arriverai pas* »

Plusieurs femmes rapportaient que les **complications rencontrées** (crevasses, engorgements, abcès, ...) avaient favorisé leur allaitement sur le long terme. Amanda : *« je me suis tellement battue pour ça que c'est hors de question que j'arrête, du moins pas si tôt »* (rire). Nathalie : *« je pense que c'est ça aussi qui fait que je l'ai gardé assez longtemps euh l'allaitement, parce que vu que les débuts ont été compliqués, une fois que c'était bien mis en route, je n'avais pas envie d'arrêter »*.

Les femmes relataient qu'elles devaient **trouver leur place dans cette nouvelle relation mère bébé prenante**. Jeanne : *« Ça prenait beaucoup de temps et d'énergie, (...) C'était quand même exigeant au niveau des tétées, surtout quand les tétées étaient nombreuses »*.

L'idée de se faire confiance et de devoir faire confiance à son bébé pour arriver à gagner ce combat face à soi-même revenait souvent dans le récit de plusieurs mères. Louise : *« On apprend qu'il faut juste apprendre à se faire confiance »*, Faustine : *« J'ai effectivement laissé ma fille me guider et euh j'ai fait complètement à la demande (...) La sage-femme nous avait dit euh faites-vous confiance et finalement ce qui semble le mieux pour le bébé c'est généralement ce qu'on fait quand on est maman, du coup j'ai vraiment appliqué et je me suis fait confiance »*.

B. Combattre dans la société

a) Allaiter, entrave à l'autonomie et inceste pour la société

L'allaitement **long était souvent mal perçu** par l'entourage familial. Julie : *« Une partie de la famille qui, (rigole) passé le 1er mois, commençait à trouver ça un peu long, passé trois mois, trouvait ça carrément trop long »*. Camille : *« Donc ça a été compris jusqu'à un certain point »*. Pour certaines personnes, il n'était pas concevable d'allaiter au-delà de deux mois. Faustine : *« C'est bien, tu as allaité combien de temps un mois deux mois ? »*.

Les mères étaient unanimes : **plus l'allaitement était long, plus les remarques étaient désobligeantes**. Béatrice : *« Ah bon, mais vous l'allaitiez encore, vous êtes une bonne laitière...oui oui je suis une bonne vache ! (Rire) »*.

Quand l'allaitement se prolongeait, l'entourage familial ou amical posait **de plus en plus la question de l'arrêt**. Christiane : *« Maintenant systématiquement la question de tu vas les allaiter jusqu'à quand ? arrive dans la conversation »*.

L'allaitement long semblait mal perçu par l'entourage. **La durée de l'allaitement long était subjective et variable selon les personnes.**

Cette vision négative de l'allaitement long semblait souvent justifiée par la **crainte d'un attachement trop intense** entre la mère et son bébé et une **culpabilisation** de la mère qui **voudrait égoïstement garder son bébé** dans son giron et **empêcher ainsi son autonomisation**. Louise : « *Les gens le perçoivent comme si on veut garder l'enfant à soi (...) on ne veut pas l'ouvrir aux autres (...) il faut que l'enfant se détache de la mère (...) Argument qui sort tout le temps laissez votre enfant vivre (...) laissez-lui l'autonomie* ».

Cette **crainte d'une relation trop fusionnelle était omniprésente** dans les commentaires reçus. Jeanne : « *Ça fait une relation fusionnelle c'est pas bien* », Mélodie : « *À cause de l'allaitement ton enfant va être dépendant de toi, tu créés de la dépendance. Un climat malsain entre l'enfant et la mère c'est complètement faux* ».

Un **regard culpabilisant** de leur propre famille pesait sur certaines mères qui allaitaient au sein. Camille : « *Mon beau-frère me rejetait sur moi d'allaiter, que je ne devrais pas allaiter car il était gêné* ».

Ce regard menait certaines mères à **cache leur allaitement pour éviter de se justifier** de leur choix de continuer. Jeanne : « *Maintenant c'est vrai que je n'allaiter plus, j'évite vraiment d'allaiter en public, que ce soit en public que je ne connais pas ou ma famille* ».

L'entourage se faisait également le **relais d'idées reçues** sur l'allaitement, véhiculant ainsi certains mythes.

Certaines mères ont employé des mots forts pour décrire leur combat face à ce **lait souvent perçu comme moins adapté que le lait industriel**. Claire : « *On me disait, passé un certain temps cela peut devenir toxique (...) j'en étais arrivée à donner la tétée à mon bébé en pleurant et en me disant je lui donne du poison j'en étais arrivée à ça, feennn... c'était super dur à vivre* ».

La **qualité du lait** maternel ressortait souvent aussi dans les remarques négatives émises. Julie : « *Ce n'est pas parce qu'il grossit que tu as du bon lait* ». Johanna : « *Puis même dans l'entourage ma belle-mère elle me disait est ce qu'ils ont analysé ton lait est ce que ton lait est bon voilà ça me faisait douter* ».

Le lait était perçu comme à **l'origine de problèmes**. Claire : « *Peut être que ton lait n'est pas bon s'il a un reflux* », « *Tu devrais arrêter l'allaitement pour qu'il fasse ses nuits* ».

On retrouvait également la notion que l'allaitement **abîmait les seins**. Aline : « *mais tu n'as pas peur que ça te déforme ?* ».

Les femmes précisaient avoir dû se battre contre **des préjugés négatifs** de leur entourage face à leur allaitement prolongé. Certains membres de l'entourage percevaient l'allaitement comme **malsain**. Aline : « *On crée un climat malsain entre la mère et l'enfant* ».

La **notion de bizarrerie** était associée au fait d'allaiter un bébé qui était capable de marcher. Christiane : « *Il serait temps d'arrêter, ça va il est grand maintenant. C'est bizarre un bébé qui marche. Voilà (elle rigole) Bon il ne marche pas mais il fait du quatre pattes (...) C'est bizarre un bébé qui se sert tout seul, (...) Il est un peu grand. C'est bizarre. Moi, je ne me verrais pas allaiter un bébé aussi grand* ».

Certaines personnes pouvaient porter un **regard suspicieux** sur cette relation perçue comme **incestueuse**. Julie en faisait d'ailleurs la remarque : « *Je pense qu'au bout d'un moment quand le bébé grandit oui ça devient pour les gens quelque chose d'un peu sexuel* ». Sophie : « *Donc les gens trouvent ça vraiment bizarre. Ce côté un peu incestueux, je crois que c'est ce qu'il y a dans la tête des gens quand le bébé atteint un certain âge* ».

Certains membres de la famille pouvaient voir dans l'allaitement une **servitude, un esclavagisme** de la femme. Nathalie : « *Si je ne trouvais pas ça trop contraignant de ne pas pouvoir faire les magasins (...) Si je ne me sentais pas trop entravée par mon bébé* ».

L'expression de Jeanne résumait bien les avis et remarques qui ont jalonné les différents allaitements de ces femmes : « *Bref, plus de la démotivation et du découragement de mes proches amis* ». Julie : « *Allaiter, ça ne sert à rien.* »

b) Sein nourricier ou sein érotique

Les mères décrivaient également une certaine culpabilisation de leur entourage vis-à-vis de leur **manque de pudeur**. Montrer un sein en public suscitait des remarques désobligeantes. Claire : « *Tu ne trouves pas ça un peu dégoûtant de déballer tes seins en public* ».

Une femme parlait de **l'angoisse de son conjoint** face au **regard de la société**. Faustine : « *Il est plutôt inquiet sur l'allaitement parce que il ne veut pas euh (...) c'est plutôt*

une histoire de regard extérieur avec des enfants qui arrivent debout et qui arrachent le tee-shirt de leur mère pour se mettre au sein ».

Certaines avaient également cette vision-là des choses Louise : *« Des enfants qui arrivent debout et qui arrachent le tee-shirt de leur mère pour se mettre au sein voilà je ne suis pas très fan de cette idée là non plus ».*

Il semblait exister une **confusion entre sein érotique et sein nourricier** dans l'esprit de certaines personnes que résumait bien Faustine : *« Je ne suis pas en train de faire un Strip-Tease effectivement j'ai deux enfants donc j'ai deux seins qui sont dehors ».*

Dans l'esprit de certains, l'allaitement pouvait constituer une **entrave aux relations intimes avec le conjoint**. Jeanne : *« Bé euh en fait il y a eu un truc de ma belle-sœur qui m'a dit oui de toute façon tu es tu les as toujours au sein ou chez plus quoi (...) En fait ça venait de mon époux il trouvait que je les avais beaucoup au sein. C'est lui qui lui en avait parlé (...) elle m'a dit je n'aime pas voir mon frère malheureux c'est pour ça que je t'ai dit ça ».*

C. Combat face aux soignants : démunis ou franchement hostiles

Le monde médical était vu comme **très culpabilisant et d'aucun soutien** par certaines mères. Mélodie : *« C'est super dur parce qu'on nous culpabilise vachement, en fait beaucoup de culpabilité ».* Camille : *« Je ne me suis pas sentie soutenue par le personnel médical, jamais. Ils nous font culpabiliser à fond ».*

Certaines se sentaient **vulnérables** face au monde médical. Sophie : *« Le problème c'est qu'on est très vulnérable quand on arrive jeune parent et d'autant plus avec la chute hormonale, les situations qui ont pu être compliquées médicalement en fin de grossesse ou lors de l'accouchement, la médicalisation des enfants qui est très impressionnante ».*

Plusieurs étaient parfois **découragées** par les médecins qui **insistaient pour un passage au lait industriel**. Louise : *« Le pourquoi je ne passe pas au lait maternisé c'était plus le milieu médical qui me le disait (...) il me disait ben je ne comprends pas pourquoi vous vous embêtez, vous vous entêtez avec votre lait. Passez aux biberons ».*

L'insistance du monde médical pour le lait industriel poussait certaines femmes à se demander si les médecins n'étaient pas **« achetés » par l'industrie**. Claire : *« Le pédiatre alors*

lui euh ils sont plutôt à fond ils sont plutôt pour le biberon (...) Je ne sais pas s'ils prennent une commission sur la quantité de lait qu'ils vendent ».

Ces remarques du monde médical étaient parfois les plus **mal vécues**. Faustine : « *Après les commentaires qui m'ont fait le plus mal, c'étaient ceux du milieu médical* ».

Des médecins étaient parfois **catégoriques sur l'absolue nécessité d'arrêter l'allaitement**. Or certaines femmes ont pu allaiter au-delà de six mois en cherchant des solutions ailleurs. Sophie : « *Elles sont arrivées avec je ne sais pas combien de biberons de lait en me disant vous rentrez chez vous avec ça il faut absolument que vous arrêtez l'allaitement vous ne pourrez pas continuer* ».

Les médecins par leurs **injonctions négatives** pouvaient faire **culpabiliser les mères** en véhiculant parfois des **informations erronées, témoins de leur manque de formation**. Clair l'a très mal vécu : « *Donc elles étaient à trois (à l'hôpital) et elles m'ont dit euh vous avez plus de lait c'est pour ça que votre bébé pleure : culpabilité (...) donc elles étaient à trois hein c'est hyper dur à vivre ça va me faire pleurer je pense (a les larmes aux yeux)* ».

Une femme a rapporté qu'un médecin avait insinué qu'après **un an** l'allaitement était **source de carence**. Lucie : « *Euh en fait, depuis qu'il a un an pardon, elle a un peu changé de discours. En fait, elle me dit que peut être, que le lait en poudre fait pas meilleur mais bon que les bébés allaités ont des carences donc bon (doute de la maman)* ».

Une autre mère rapportait que plusieurs médecins lui avaient dit qu'un allaitement d'une **durée d'un mois** était suffisant. Claire : « *Ce n'était pas la peine d'allaiter plus d'un mois* ».

La qualité du lait pouvait parfois être remise en question. Jeanne : « *Elle avait un reflux à cause du lait qui n'était pas bon* ».

Les mères trouvaient des **solutions aux complications par elles-mêmes**. Lucie : « *Pour le cas des crevasses tout ça c'est vraiment perso que j'ai trouvé les solutions* ».

Franche hostilité ou en panne de solutions, la moindre complication tels que le reflux, les coliques, ... semblait bien souvent être pour les médecins, l'opportunité **pour un passage au lait industriel**. Louise : « *J'avais l'impression que dès que j'avais un problème c'est parce que j'allaitais quoi (...) mon médecin m'a dit d'arrêter l'allaitement elle avait un reflux à cause du lait qui n'était pas bon (...) Le lait maternel expliquait les coliques (...) Elle m'a dit aussi que l'allaitement empêchait de prendre des médicaments* ».

Certains témoignages donnaient l'impression que les médecins souhaitaient **maitriser l'alimentation** des enfants, la **standardiser** pour **s'affranchir de toute variabilité**. Claire :

« On m'a dit voilà il faut le faire toutes les trois heures même la nuit huit fois par jour sinon la montée de lait, elle ne viendra pas (...) qui voulaient absolument qu'ils aient un rythme toutes les 3h moi je leur ai dit que son rythme c'était (...) et ils n'ont pas voulu m'écouter. Donc voilà j'ai commencé à devoir me battre avec les équipes médicales très tôt ». Louise : « Elle m'a dit voilà un bébé il tète toutes les 3h la tétée dure tant de temps ».

Le médecin dans ce cadre semblait être vu comme un **opposant à l'allaitement**, encourageant le **passage au lait artificiel à la moindre difficulté rencontrée**. Les femmes qui poursuivaient l'allaitement se sentaient coupable de pérenniser les problèmes de leur enfant car les médecins ne semblaient trouver de solutions que pour les enfants nourris au biberon. Amanda : « Mon médecin qui suit mon fils par exemple lui là il est constipé en ce moment qu'est-ce que je peux faire pour l'aider et ben vous mettez un petit peu d'hépar dans son biberon ah oui mais moi il ne prend pas le biberon ah ben c'est tout ah ben c'est tout il va rester constipé c'est pas grave ».

Le monde médical inspirait parfois de la **méfiance**. Louise : « Tous on avait des réactions de protection en disant bon ok celle-là c'est vraiment une empoisonneuse mais en même temps, on ne lui dit pas trop parce que derrière c'est quand même elle qui s'occupe de nos bébés quoi et donc c'est quand même c'est quand même un peu gênant ».

Claire elle, sentant de la désapprobation chez le médecin en qui elle cherchait un soutien, **s'est repliée sur elle-même** « En fait le pédiatre mon médecin généraliste aussi qui me voyaient fatiguée qui m'ont dit non mais il faut que vous arrêtez l'allaitement vous êtes épuisée ça vous fatigue (...) je disais oui oui puis je sortais et je disais en fait (rire) court toujours ».

Certaines femmes se laissaient dire que **l'allaitement était inné et que donc elles devaient forcément savoir-faire**. Claire : « Pour les sages-femmes, pour elles en fait, ça doit être inné, elles disent vous verrez vous verrez (...) en fait vu qu'on est une femme elles se disent elle va comprendre ».

Au sujet des **maternités**, les **avis étaient très partagés**. Les maternités avec un label « hôpital ami des bébés » semblaient soutenir davantage les mères concernant leur allaitement. Certaines étaient jugées comme catastrophiques. Christiane : « Et puis sur la mise en place tout ça, ça les faisait chier quand je les appelais pour qu'elles vérifient le positionnement (...) On voyait bien que ce n'était pas du tout leur priorité (...) la prise en charge de (nom de la maternité) au niveau de l'allaitement c'était zéro ».

On a constaté au travers de ces entretiens que des femmes pouvaient rencontrer de grandes difficultés pendant des mois avec leur allaitement or, lorsqu'elles **rencontraient une personne ayant un minimum de formation en la matière leur problème** pouvait souvent être réglé **en l'espace de quelques jours**.

Une sage-femme qui avait une formation en allaitement **apparaissait comme une sauveuse** pour certaines mamans ayant connu de grosses difficultés dans leur début. Louise : « *J'étais tellement perdue (...) trois semaines, un mois je le vivais très mal et je me disais ce n'est pas possible je trouve toujours pas d'écho (...) J'ai continué moi, à chercher et j'ai trouvé les coordonnées de X voilà qui est ma sauveuse* ». Cette sage-femme était **habituée à voir des cas compliqués**. Lucie : « *Je lui ai expliqué tout ça. C'est la plupart de ce qu'elle voit chez elle, des histoires compliquées* ». Julie confrontée à beaucoup de problèmes a rencontré la même sage-femme « *J'ai appelé ma sage-femme qui m'a dit appelle X (...) elle m'a donné un rendez-vous dans l'après-midi et je n'ai plus jamais douté d'avoir du lait, vraiment ça a été radical. (...) Donc ça a été une bonne rencontre qui a sauvé mon allaitement concrètement* ».

V. Solutions trouvées pour continuer

A. Le tire-lait

Le tire-lait constituait pour beaucoup, un **outil essentiel à la poursuite de l'allaitement**. Christiane : « *Un élément qui est fondamental je pense c'est c'est euh le tire lait* ».

Comme le disait très justement Jeanne, le tire-lait était une **technique** pour elle à la poursuite de l'allaitement : « *Quand on est bien aidé par la technique c'est quand même un plus pour faire durer le plus longtemps possible* ».

Certaines femmes considéraient que la **qualité et l'efficacité** du tire-lait étaient des éléments très importants à la poursuite de l'allaitement. Aline : « *Car je crois que ce qui peut faire que l'allaitement s'arrête c'est, quand le tire-lait n'est pas de bonne qualité, qu'il fait mal, qu'il n'est pas efficace, qu'il n'est pas rapide* ».

Pour beaucoup de femmes, il permettait de **prolonger l'allaitement et de reprendre le travail**. Christiane « *Ouais j'arrivais quand même à tirer pas mal de lait au travail car je travaillais donc, mais je tirais beaucoup de lait au travail donc ça m'a permis de continuer* », Jeanne « *Le Tire-lait aurait pu me permettre de reprendre le travail plus tôt* ».

Le tire lait semblait une solution pour **répondre à des problèmes d'organisation**.
Sophie : « *Puis au pire il y a toujours la possibilité de tirer le lait et de préparer un bibi* ».

B. Le conjoint

Toutes les femmes étaient unanimes sur **l'importance du conjoint** dans l'allaitement maternel.

Le conjoint tenait un **rôle essentiel de soutien** pour les mères. Louise : « *Mon conjoint, leur père a été d'un formidable soutien. Il l'est toujours* ». Sophie : « *J'ai un mari qui m'a soutenu à 200% sinon j'aurais tout envoyé balader* ».

Beaucoup de femmes stipulaient que leurs conjoints les avaient **encouragées dans les moments difficiles**. Mélodie : « *Les fois où j'aurais flanché, en fait, il m'a dit non tu ne lâches rien. C'est le meilleur que tu puisses faire pour lui donc on continue et heureusement qu'il était là* ».

La présence et l'aide des conjoints dans la mise en place de l'allaitement semblaient indispensables comme le décrivait Johanna au cours de son entretien : « *Il était très présent, il se levait avec moi pour le tire-lait, il aidait à l'installation du bébé, il changeait les couches, ça m'a beaucoup aidé* ».

Certains conjoints étaient **très impliqués** dans l'allaitement. Julie : « *Mon mari avait fait les cours de préparation à l'allaitement avec moi, c'était génial car on s'est battus tous les deux pour que ça marche, il me disait c'est un moment difficile mais tu vas y arriver quand je n'en pouvais plus et que je voulais arrêter. Aujourd'hui, je suis contente d'avoir tenu bon et lui aussi* ».

Les femmes décrivaient **le besoin de partager** avec leur conjoint les moments difficiles de l'allaitement. Amanda : « *Après il savait que c'était la galère, que ça pouvait être difficile euh donc au début, il me motivait* ».

Pour certaines mamans, le conjoint servait de **rempart face aux commentaires négatifs assésés**. Camille : « *Mon conjoint m'a toujours défendu face aux critiques qu'on a pu me faire de continuer à allaiter malgré l'âge de mon bébé* ».

C. Quête aux informations

Les femmes essayaient de trouver des **informations par divers moyens** pour répondre à leurs interrogations.

Certaines se tournaient vers les **professionnels de santé**. Jeanne : « *Ma médecin généraliste le Dr Y, j'avais fait une consultation au dernier trimestre qui tournait exclusivement autour de l'allaitement. Donc euh elle m'avait appris des choses.* »

Plusieurs femmes considéraient avoir eu du mal à trouver quelqu'un qui répondait à leurs questions. Louise : « *J'ai mis du temps à trouver, j'ai bien mis un an à trouver quelqu'un qui me convenait là-dessus* ».

Julie trouvait même qu'ils pouvaient donner des conseils erronés : « *Les Sages-Femmes qui me soutenaient me donnaient des conseils mais ils n'étaient pas bon quoi* ».

Un grand nombre disait avoir eu recours à des sages-femmes spécialisées dans l'allaitement. Aline « *X et Z, en sortant de l'hôpital, m'ont apporté des réponses en lactation (...) elles m'ont ouvert les yeux en me disant, la si elle continue à ne pas prendre de poids, elle va être trop fatiguée pour téter, fatigue donc moins de stimulation, donc moins de lait* ».

Certaines mamans essayaient de trouver les **informations au sein de leur entourage**. Claire a trouvé des réponses auprès de sa maman : « *Elle m'a vraiment bien conseillé.* » Sophie : « *Ma grand-mère, qui avait justement euh, elle avait allaité ses trois enfants pendant 4 mois m'a donné plein d'astuces* ».

Pour Johanna, les meilleures informations étaient celles délivrées par la famille : « *Ce sont les gens proches qui nous renseignent, pas le système médical* ».

Certaines femmes trouvaient des solutions en discutant avec leurs copines. Lucie : « *Même ma meilleure amie, elle est infirmière, on se filait plein de conseils en même temps* ».

Plusieurs femmes disaient avoir cherché des **informations dans la littérature**. Pour cela, plusieurs avaient consulté Internet. Christiane : « *Après, j'ai beaucoup cherché sur internet pour trouver des réponses* ». Un grand nombre citait d'ailleurs la Leche league comme source d'informations. Julie : « *Leche league, bible d'information et de solutions (...) c'est vraiment la qu'on a le plus d'informations, complètement exhaustif, ça m'a permis de répondre à toutes les questions* ».

D'autres mamans cherchaient des réponses dans les livres. Mélodie : « *J'ai lu pas mal de livres, des lectures qui disaient que ce n'est pas plus difficile d'allaiter des jumeaux que d'autres bébés* ».

Comme le disait très justement Julie : « *Pas facile de trouver quelqu'un avec les réponses à nos questions, j'ai eu le sentiment qu'on se débrouille, un peu comme on peut.* »

D. Rencontre avec des personnes pro allaitements

Les femmes disaient avoir besoin de se **sentir comprises et épaulées** dans cette aventure. Claire : « *J'avais juste besoin qu'on m'encourage, qu'on me soutienne* ». Amanda : « *Encouragement de n'importe qui, peu importe les encouragements que l'on a, mais c'est très important* ».

Certaines femmes avaient **besoin de discuter** avec leurs sages-femmes. Mélodie « *Je vais voir la sage-femme tous les mois et ça m'a vachement aidé* ». Pour un grand nombre, la possibilité de discuter avec une **conseillère pro allaitement** leur avait permis de continuer d'allaiter. La **réassurance et la disponibilité** de ces personnes avaient été très importantes. Aline : « *Disponibilité de ces gens-là (conseillère leche league) qui est quand même un gros atout* ». Sophie : « *elle m'avait rassuré et puis ça m'avait permis de bien continuer sur l'allaitement* ».

Plusieurs d'entre elles participaient à **des groupes de parole** sur l'allaitement. Faustine : « *Les groupes de parole m'ont permis de partager de bons conseils et d'allaiter plus longtemps* ». Ces groupes de parole étaient vus comme un moyen d'échange, de partage et de vie sociale. Camille : « *Tous les mois parce que on est confronté à des parents qui ont des difficultés, avec des enfants qui ont le même âge donc on se dit ok on n'est pas des extraterrestres.* », Nathalie : « *Moi je sortais peu, en plus c'était trop compliqué de préparer deux enfants j'étais complètement submergée donc c'est bien, ça fait un peu de vie sociale.* » Lucie insistait sur le besoin de ses rendez-vous pour parler : « *C'est des rendez-vous, moins maintenant mais que j'attendais vraiment de mois en mois. En fixant la date pour le mois suivant, je me disais, j'allaiterai encore le mois prochain* ».

E. Faire confiance au couple mère / bébé

L'idée de se faire confiance et de devoir faire confiance à son bébé revenait souvent dans le récit de plusieurs mères. Julie : « *On apprend qu'il faut juste apprendre à se faire confiance* », Mélodie : « *j'ai effectivement laissé ma fille me guider et euh j'ai fait complètement à la demande (...)* La sage-femme qui nous avait fait la préparation à l'accouchement nous avez clairement dit euh faites-vous confiance et finalement ce qui semble le mieux pour le bébé c'est

généralement ce qu'on fait quand on est maman euh et du coup j'ai vraiment appliqué et je me suis fait confiance ».

Une mère parlait **de bulle protectrice** au sein de cette relation mère-enfant. Louise : *« On a créé une bulle protectrice elle et moi et l'allaitement s'est très bien passé malgré la situation difficile (familiale) ».* Cet échange entre la mère et le bébé était perçu comme une **relation privilégiée**. Aline : *« Mon conjoint très respectueux de cette relation, admiratif de cette relation entre le bébé et la maman ».*

Faustine résumait bien cette relation mère-bébé basée sur **la confiance** : *« C'est difficile de trouver ses marques dans une nouvelle relation, avec bébé c'est pareil. Euhh avec tous les discours contradictoires des gens qui sont censés nous aider, on est bien obligé de se faire un peu confiance sinon ça ne peut pas marcher. On fait confiance à notre instinct mais surtout à notre bout de chou je pense ».*

DISCUSSION

I. Des normes et des représentations sociales

Beaucoup de mères trouvaient qu'en fonction de la personne à qui elles s'adressaient, le discours était différent, créant ainsi une confusion et une certaine culpabilité (p29). Pourtant il n'y a pas de recette toute faite pour allaiter. (73)

Sujet de société et de polémique en France et dans de nombreux pays encore , l'allaitement maternel cultive les paradoxes entre pression sociale et liberté de la femme, mythe de la « bonne mère » et culpabilisation du biberon et injonction à l'autonomie, féminisme moderne et retour à la nature, bienfait scientifiquement prouvé et croyance populaire, relation fusionnelle et contrainte, pratique innée et compliquée, aliment gratuit et inimitable, les mères doivent faire un des premiers choix de la vie de leur enfant : celui de son mode d'alimentation. (46)

Elles évoluent pour cela dans un environnement complexe mêlant une tradition familiale fragile, une aide et des informations difficiles à trouver, et une société qui prône l'allaitement sans toujours le faciliter. L'allaitement long passionne entre entrave à l'autonomie et plaisir incestueux, égoïste. Les mères doivent se battre. (46)

A. *Des normes variables, source de confusion*

Il existe des normes en matière d'allaitement qui trouvent leurs sources dans l'histoire et qui paralysent encore le système de soin. (13)

Au 18^{ième} siècle, la France a vu l'expansion du monde des nourrices avec comme conséquences principales, une image dévalorisée de l'allaitement perçue comme une activité mercenaire pratiquée par des domestiques et l'idée d'un taux de mortalité élevé chez les nourrices. (13, 16)

La fin du 19e siècle et le début du 20e voient la disparition progressive des nourrices et leur remplacement progressif, par les biberons et le lait artificiel. Ce binôme biberon/lait artificiel constitue à la fois un concurrent du sein et un modèle sur lequel on essaie à toute force de calquer l'allaitement au sein. (17) Le 20e siècle a vu le triomphe d'une puériculture " scientifique " où tout est affaire de règles et de mesures édictées par les professionnels et que doivent suivre religieusement les mères si elles veulent être de " bonnes " mères. L'alimentation au biberon cadre admirablement avec cela : tant de grammes tant de fois par jour à tel âge. Le problème est qu'on a voulu faire entrer de force l'allaitement au sein dans le même cadre. Comme le disent Geneviève Delaisi de Parseval et Suzanne Lallemand (9), « la caractéristique la plus frappante de la période qui va de la fin du siècle dernier à nos jours est la diminution

régulière, uniforme, de la durée de l'allaitement, ou de la nourriture exclusivement lactée. Le sevrage s'effectue de plus en plus tôt, sans dissension apparente du corps médical, sans retour en arrière. » (13, 14, 15)

Les années 70 sont assez contradictoires sur le plan de l'allaitement. On y trouve la reconquête de leur corps par les femmes et une éducation "libertaire " des enfants. Tout cela permet à un certain nombre de femmes de vivre un allaitement plus heureux, débarrassé des rigidités décrites ci-dessus. Mais c'est aussi le temps des féministes égalitaires qui voient dans la maternité, à la suite de Simone de Beauvoir, un esclavage dont les femmes doivent se libérer, et dans l'allaitement " une servitude épuisante ". (19, 30)

La valorisation de l'autonomie précoce et la phobie de tout ce qui ressemble à de la fusion, de la symbiose, chez pratiquement tous les professionnels de la petite enfance ces dernières années sont un frein fréquent à l'allaitement. Allaiter est une décision individuelle mais inconsciemment influencée par les normes morales, sociétales qui nous entourent. (21, 27)

La prise de conscience de la nécessité de protéger et de promouvoir l'allaitement maternel se multiplie vers la fin du 20ème siècle, moment où l'allaitement affiche les taux les plus bas. En 1990, les états membres de l'OMS signent la Déclaration d'Innocenti visant à « soutenir, protéger et encourager l'allaitement maternel ». Le reflet le plus probant de ce nouvel élan est l'initiative « hôpital ami des bébés » initiée en 1992 par l'OMS et l'Unicef. L'objectif étant de mettre en place des pratiques hospitalières favorisant le respect des besoins et des rythmes du nouveau-né. (23) Cette initiative favorise la proximité mère-enfant d'une part, et encourage, accompagne et protège l'allaitement maternel d'autre part. (23, 26,33, 39, 40)

L'allaitement était dans beaucoup d'interviews l'observatoire de la diffusion et de la réception de discours normatifs. Les enjeux de la conformité à la norme étaient importants : faire grandir l'enfant et être de bons parents. La charge émotionnelle associée à la tâche d'élever son enfant renforçait d'autant le caractère coercitif de la norme et la culpabilisation des parents qui ne s'y conformaient pas. (P 34) Le problème était que la conformité à la norme semblait difficile. (P 29)

Le discours en matière d'allaitement est différent car tout ce qui tourne autour de la puériculture est un marché à exploiter (diversité de l'offre) et les parents ont des attentes différentes (diversité de la demande) en fonction de leur conception de l'enfance. (84)

La norme se diffuse par les sources écrites mais aussi par les professionnels de santé (savoir légitime), les groupes de pairs (savoir pratique). (84) Mais d'où nous vient cette norme ?

La puériculture se constitue comme un système cohérent d'obligation et de normes vers la fin du 19^{ième} siècle en intégrant les acquis de la révolution pastoriennne. (84) Au cours du 20^{ième} siècle, on assiste à un assouplissement des normes pastoriennes et à leur complète remise en cause sous l'effet de deux ensembles de facteur : l'amélioration des conditions de vie et les progrès de l'industrie agro-alimentaire. Ces règles de puéricultures moins strictes et d'inspiration pastoriennne peuvent être appelées néo-pastoriennne. D'autre part, la critique par les psychologues et les psychanalystes de la petite enfance des effets de l'application de normes rigides sur le développement ultérieur de l'enfant et sur la relation qu'il entretient avec sa mère, ont conduit à une remise en question radicale des normes pastoriennne et néo-pastoriennne. (84)

On rencontre notamment chez certains médecins, une inversion quasi systématique de ces normes, au nom de la prise en compte des acquis de psychologie et de psychanalyse. On trouve aussi bien des manuels pastoriens que de psychanalyse dans les rayons de livres de puéricultures, (p29) d'où la variété des normes, des informations délivrées aux jeunes parents. (84) Donnons un exemple de prescription sur l'horaire des tétées de l'enfant :

- Pastorien : « *elle m'a dit voilà un bébé tète toutes les 3h la tétée dure tant de temps* »
-> horaire strict de téter, ne pas céder à l'enfant qui pleure.
- Néo Pastorien : « *toutes les 3h si enfant au biberon, au sein c'est à la demande* »
-> la règle de toutes les 3 heures ne reste valable qu'au biberon.
- Psychologique : « *au sein le plus souvent possible* »
-> autorise l'alimentation à la demande.

Ces différences pouvaient sembler minimales mais les entretiens avec les jeunes parents montraient qu'elles les plongeait parfois dans une perplexité angoissante. La coexistence de normes non compatibles entre elles, pourrait entraîner une situation d'anomie. (p 29)

B. Plusieurs modèles de diffusion de la norme

Par ailleurs, on retrouve deux modes de diffusion de ces normes d'allaitement selon les femmes interrogées et leur classe sociale. (84)

- Le modèle savant : faible expérience des soins aux nourrissons, recourt aux spécialistes (pédiatres), aux manuels. Ce sont plutôt des femmes de classe supérieure avec un diplôme plus élevée. Louise l'exprime bien dans son entretien (p41).
- Le modèle familial : transmission intergénérationnelle des soins au nouveau-né dans les milieux plus populaires. (P 42)

Il existe donc une opposition entre ces deux modèles construits sur le type de source de conseils utilisés. L'ensemble de la population se répartit en continuum entre ces deux points et si certains sont plus proches du pôle savant ou du pôle familial, d'autres empruntent certains traits de leurs caractéristiques ou de leur comportement aux deux modèles. (84)

Des enquêtes montrent qu'en passant des classes supérieures aux classes populaires, on a une substitution entre les supports de diffusion des normes savantes que sont les livres, les pédiatres et le recours à la mère comme principale source de conseil. Les mères les moins scolarisées seraient aussi les plus expérimentées dans le domaine de la petite enfance. La maternité leur donne aussi un statut que ne leur donne pas l'absence de vie professionnelle. (84)

La différence entre ces deux modèles permet pour une pratique, de mettre en évidence plusieurs logiques. Pour l'allaitement, il coexiste des justifications savantes et un savoir-faire traditionnel. (84)

Après une période de désaffection liée aux progrès réalisés dans les techniques d'allaitement artificiel, à l'évolution des modes de vie, au développement de l'industrie agro-alimentaire, à l'influence des mouvements féministes, à la professionnalisation de la femme, l'allaitement connaît à partir des années 70 un regain d'intérêt. Il existe donc une logique sociologique. La variable explicative de l'allaitement est le niveau de diplôme, le milieu social. Les hauts milieux sociaux s'appuient sur les livres, les spécialistes et sur un support psychologique de bien-être. Dans les milieux les plus populaires, le ressort de cette prolongation de l'allaitement se retrouve dans une transmission familiale avec moins de difficultés car moins de données contradictoires. (47)

La perte de transmission du savoir-faire sur l'allaitement lié à l'émancipation de la femme est à l'origine d'un nouveau rôle social du médecin généraliste en matière d'allaitement. (47).

C. De l'autonomie à l'injonction au soin de l'enfant : un paradoxe sociétal

Dans notre société, il existe un autre paradoxe : d'une part une injonction au soin de l'enfant, avec des normes parfois très contraignantes pour les femmes et d'un autre côté l'autonomie de l'enfant. (48)

L'allaitement prolongé serait associé à une limitation de l'autonomisation des enfants ou à un refus de la mère de se détacher de son enfant. (p 33) (48) La psychologue Lighezzolo écrivait

en 2007 à ce sujet « Ce temps de sevrage (...) lorsqu'il est différé (au-delà de six mois pour le sein) majore le plus souvent dans notre contexte socio culturel une dépendance réciproque importante entre la mère et l'enfant générant l'édification d'un lien d'attachement prenant fréquemment une coloration insécurisante dès le lâcher du corps à corps. Il appauvrit probablement la construction de l'espace imaginaire et de l'aire transitionnelle de l'enfant ainsi que son développement langagier ». (49)

Depuis le siècle des lumières, l'individu est au centre et doit être autonome très tôt. Cela engendre notamment les questions sur la socialisation et l'autonomie de l'enfant. Nous sommes effectivement dans un pays où les bébés se retrouvent à la crèche à deux mois et demi et où c'est un drame si les enfants ne vont pas à la maternelle à trois ans. (50) Dans la conscience collective un bambin allaité est encore dans le giron de sa mère et n'est pas « autonomisé » d'où l'idée d'une dépendance psychologique mutuelle et donc de trouble relationnel dans l'avenir. (50)

Mais on peut voir les choses autrement. Un enfant qui reçoit amour réconfort et sécurité, prendra lui-même des initiatives et osera se décoller de sa mère dans les cultures traditionnelles où l'allaitement reste la norme. Certaines études montrent une meilleure confiance en eux, un comportement plus sociable, ou une meilleure capacité de détachement, un meilleur développement cognitif des enfants allaités plus longtemps (51).

La vraie révolution qui permettra de bien vivre l'allaitement du bébé serait de s'affranchir de la vision très répandue qui consiste à survaloriser l'autonomie précoce de l'enfant. Un enfant à qui on n'a pas laissé le temps nécessaire est finalement obligé de se mater lui-même. (56) L'enfant de deux ans n'a pas à être autonome, ceux qu'on a poussé trop tôt hors du nid risquent de ne savoir jamais vraiment bien voler comme le dit Lowen « un enfant qui a eu une relation gratifiante avec sa mère réagira avec plus de violence qu'un autre. C'est la raison pour laquelle les nourrissons allaités supportent moins bien que les autres la frustration. Bien que bébé réagisse vivement aux frustrations et que cela puisse poser problème à certains parents, je ne peux que dire tant mieux pour les petits car ce n'est sûrement en acceptant les frustrations et les séparations qu'un enfant gagne la santé émotionnelle dont il a besoin pour vivre en ces temps difficiles » (52)

Toutes ces contradictions, que ce soient dans les discours normatifs de l'allaitement, dans les injections d'autonomie de la femme et de l'enfant, semblerait conduire une certaine

sidération des femmes qui se retrouveraient perdues face à autant de paradoxes.

Si la société est globalement perçue comme favorable à l'allaitement par les mères, nombreuses sont celles qui considèrent qu'elle ne permet pas aux femmes d'allaiter aussi longtemps que le recommande les autorités de santé. (46)

D. Sein de femme : érotique et/ou nourricier

Les mères rencontrées dans notre étude rapportaient le fait d'être accusées d'égoïsme en voulant prolonger ces sensations qu'elles éprouvaient en allaitant (plaisir honteux). Certaines femmes rapportaient également cette impression que pour la société, une mère qui allaiterait, ne serait pas redevenue une femme pour son époux sous-entendu que les relations sexuelles seraient impossibles au cours de l'allaitement. (p 36) (54)

Comment s'effectue le partage entre sein de femme érotique et sein de mère nourricier ? Entre les rôles de mère et femme, père et amant ? L'idée qu'une femme allaitante puisse être également une amante est une idée largement combattue et refoulée, remplacée par l'image d'un amour maternel pur, asexué et exclusif, où l'excitation liée à l'érotisme et à la sexualité est bannie – ce que de nombreuses civilisations ont d'ailleurs imposé au cours des siècles.(60) En France, cet interdit religieux a survécu jusqu'au milieu du XXe siècle et même aujourd'hui il est avéré que l'allaitement peut en lui-même être un frein pour le père à vouloir retrouver l'amante. (53) Dans une étude, on retrouve le discours d'hommes incapables d'avoir des rapports sexuels avec leur femme allaitante, tant l'intensité de l'image de la mère (en lien avec l'image de leur propre mère) est forte. (54, 55).

E. Allaitement, un lien incestueux

L'allaitement long, généralement mal vu, souffre encore d'une image de pratique anormale en France. (56) De même, la crainte d'un attachement trop intense lors de l'allaitement long par certaines mères est véhiculée par la société comme bon nombre d'idées reçues sur l'allaitement. Allaiter son enfant devient difficile dans une société où les seins sont objets sexuels. (57)

La société française porte souvent un regard suspicieux sur cette relation qui dure. Elle la percevrait comme incestueuse. Citons Dr Rufo Pédopsychiatre « Je suis en plein combat avec mes consœurs Edwige Antier et Christiane Olivier, qui tiennent des propos bizarres : il faut allaiter son bébé jusqu'à un an. Moi je crois qu'au troisième mois on peut le mettre à la crèche

et reprendre le travail. Et lorsque je vois un garçon de 4 ans téter encore sa mère je le signale au juge ». (58)

Peut-il exister dans l'allaitement un lien incestueux ? Concernant l'aspect érotique, la question de l'inceste, largement évoquée dans les discours populaires par les détracteurs de l'allaitement, paraît ici centrale, puisqu'elle rejoint inévitablement celle du plaisir de la mère lors de l'allaitement (53). Gilza Sandre Pereira nous dit que ce lien entre plaisir de la mère et inceste vient d'une confusion entre la sensation provoquée par une stimulation physique et la signification qu'on lui donne, à savoir une sensation que l'on ne devrait éprouver qu'avec son amant. En d'autres termes, s'il y a plaisir, c'est forcément qu'il y a relation sexuelle, et s'il y a plaisir dans l'allaitement, c'est qu'il y a quelque part excitation sexuelle avec l'enfant. De son côté, l'idée d'un sein objet de plaisir commun pour son bébé et pour lui, peut faire craindre au père un lien anormal et être paralysant pour lui. (59)

Une autre origine du lien allaitement-inceste peut être trouvée dans les représentations des fluides corporels. Le sang, le lait et le sperme auraient en commun d'être des fluides de vie et se trouveraient quelques parts associés. C'est comme cela que l'on peut comprendre l'idée de « parenté de lait », « frères ou sœurs de lait ». Une étude montre que l'allaitement jouerait un rôle symbolique dans la filiation, ce qui pourrait sans doute accentuer et conforter la valeur incestueuse d'un tel acte. (60) Nous pouvons nous demander si, dans ce cadre, le genre de l'enfant joue un rôle sur le plaisir à allaiter, ou au contraire, sur la répugnance à le faire. Aucune étude ne nous permet de répondre. Cependant certaines études (54) montrent que l'inceste est beaucoup plus souvent évoqué lorsque le bébé est un garçon, comme si une mère ne pouvait avoir une relation incestueuse avec sa petite fille, comme si le plaisir pouvait être plus fort, et donc plus dangereux avec un petit garçon. Et c'est sans doute, en effet, l'aspect hétérosexuel de la relation mère-fils qui fait que l'on s'inquiète plus pour les petits garçons allaités longtemps. (54) C'est probablement d'ailleurs la force du tabou de l'inceste, a priori plus grand pour les petits garçons, qui peut à l'inverse, expliquer le refus d'allaiter ou le choix d'un allaitement court pour ces derniers (54).

Tout cela interroge sur la place du partenaire qui lui aussi va se positionner dans une nouvelle identité, un nouveau rôle. Il lui incombe notamment de trouver sa place de père tout en permettant à la femme amante de refaire surface, de se dégager de la relation avec l'enfant pour le rejoindre. Donc de transformer la dyade mère-bébé en triade pour permettre l'individuation de l'enfant. La question du sexe du bébé peut se poser là à deux niveaux : par

rapport à la mère est-ce que le plaisir de la relation avec son petit garçon va supplanter le plaisir de la relation avec le père plus facilement que s'il s'agissait d'une petite fille ? Par rapport au père : est-ce que la rivalité entre lui et son enfant quant à la possession de la femme/mère est plus forte quand ce dernier est un garçon ? Ces questions restent actuellement sans réponse. (60)

II. Formation des professionnels de santé, un enjeu important

Beaucoup de mères rencontrées dans notre enquête ont fait part de remarques négatives sur le système de santé qui les avait pris en charge. (P 37)

On constate que le médecin généraliste se retrouve de plus en plus souvent un référent social de l'allaitement. (47) L'émancipation des femmes en est à l'origine, avec la perte de la transmission du savoir-faire mère fille en matière d'allaitement. (47)

Dans notre analyse, on pouvait constater que certains médecins transmettaient des informations erronées sur l'allaitement maternel. (p 37) Certains médecins pensaient que le manque de lait était physiologique chez certaines femmes ou qu'il fallait suspecter un manque de lait quand un bébé ne prenait pas assez de poids. (47) D'autres préconisaient un allaitement mixte au-delà de 1 mois.

La peur d'une relation trop fusionnelle au-delà de six mois était également présente dans le monde médical décrit pas les femmes interviewées. (48) L'allaitement à la demande n'était pas promu par tous.

Certaines femmes rencontrées rapportaient que pour certains des médecins, une mère savait instinctivement comment positionner son enfant au sein. Or, toutes disaient que cela n'était pas inné.

Différentes études montrent que la formation des internes en médecine générale est insuffisante. Leur connaissance en matière d'allaitement ne leur permet pas de répondre aux problématiques présentées par les mères allaitantes. (61) Une étude de 2012 sur l'allaitement montre que 34% des médecins seulement ont reçu une formation sur l'allaitement maternel, 46% adressent à d'autres médecins. Cette étude montre des lacunes dans la connaissance des médecins généralistes en ce qui concerne l'allaitement maternel. (62)

Face à leur manque de connaissances, les médecins orientent vers quelque chose qu'ils peuvent maîtriser : soit un passage au lait artificiel parfaitement intégré dans les connaissances médicales, soit une standardisation du maternage, l'allaitement rentrant alors dans un protocole fait d'un ensemble de règles, inévitablement voué à l'échec. (63)

Une mère relatait que les médecins généralistes souhaitaient maîtriser l'alimentation des enfants, s'affranchir de toute variabilité humaine pour standardiser le maternage (p38). Le médecin, dans ce cadre, était vu comme un opposant à l'allaitement encourageant le passage au lait artificiel à la moindre difficulté rencontrée. (64)

Des solutions possibles

Il semblerait important d'intégrer dans les études médicales des cours sur l'allaitement maternel : généralités, approfondissement et cas pratiques. Ces cours devraient aborder la physiologie de la lactation et de l'allaitement, expliquer comment bien démarrer l'allaitement, comment prévenir et prendre en charge les complications, lutter contre les idées préconçues. Il existe déjà des documents simples et résumant les points principaux. (65)

Pour les médecins généralistes installés, il semble urgent de réaliser des Formations médicales continues sur l'allaitement maternel d'autant que la durée de séjour en maternité est de plus en plus courte. Une étude qui a évalué l'impact immédiat et à distance des formations médicales continues chez les médecins généralistes installés sur l'allaitement, conclut à un impact positif de cette remise à niveau. (63)

L'initiative hôpital amis des bébés devrait continuer à s'étendre pour se généraliser dans les maternités. Cette mise en application nécessite un énorme travail au sein d'une équipe et beaucoup de temps mais surtout une volonté forte. (...) Toutes les femmes rencontrées dans notre étude et qui avaient accouchés dans ce type de maternité étaient très satisfaites.

Il reste un travail d'information important au niveau national afin de proposer un regard nouveau sur le couple mère-enfant. Les médecins devraient être en capacité d'accompagner les mères dans leurs maternages et les soutenir dans l'effort qu'elles fournissent. Les mères interrogées qui sentaient une quelconque désapprobation de la part de celui auprès de qui elles venaient chercher de l'aide se repliaient sur elles-mêmes. (p38) Selon certaines études (66,67) encourager la mère en l'assurant de l'importance de ce qu'elle fait serait un point clé. Cela lui apporterait un soutien précieux. Soutenir l'allaitement nécessiterait au médecin de se

positionner en « accompagnant » en plaçant la mère au centre de la consultation sans paternalisme.

De nombreuses mères se sentaient insuffisamment préparées. Il semblerait que préparer l'allaitement en amont serait profitable. Les recommandations de la HAS 2002 et en 2006 (30) rapportent que le désir d'allaiter son enfant est plus souvent antérieur à la grossesse. Selon cette même étude plus le désir et la volonté surviennent tôt dans la vie et plus l'allaitement maternel a des chances d'aboutir et de durer. Dans un travail de thèse (66) mené sur la perception des adolescents sur l'allaitement maternel, la moitié interrogée désirait allaiter, 25% étaient indécis, et les questionnaires ont montré que le désir était fortement impacté par un allaitement personnel. Ce travail sur les notions de "désir" et "volonté" semble complexe et relève d'un approfondissement par un professionnel. Dans cette optique, des campagnes d'information et notamment à l'école, en cours de SVT pourraient également être au programme.

Au sujet de la reprise du travail, il semblerait que toutes les mères ne seraient pas au courant de leurs droits : 2 demi-heures non rémunérées par jour, pendant une année à compter de la naissance, la possibilité d'allaiter son enfant sur son lieu de travail ou de tirer son lait et l'obligation pour l'employeur d'aménager des locaux dédiés à l'allaitement. Ces lois ont été conçues avant tout pour les salariées. Dans ce domaine, ces prescriptions ne valent qu'à défaut de conventions collectives qui peuvent accorder plus mais pas moins. Les médecins étant des personnes ressources, se devraient d'informer les mères sur leurs droits. (67)

Les mères de notre étude rapportaient de grandes difficultés au moment de la reprise du travail (p31) certaines relataient même avoir perdu leur emploi. À nouveau, leur médecin traitant pourrait les informer des différentes possibilités existantes pour concilier reprise du travail et poursuite de l'allaitement : crèche / assistante maternelle à proximité du travail, allaiter au travail, cumuler congés annuels avec congés maternité, congés parental etc... (67)

Le médecin généraliste pourrait également avoir une place dans le renforcement de la place du père. Le positionnement actif des pères dans l'accompagnement de leur femme, et dans l'aide au maternage serait un atout et un facteur prédictif favorable dans le choix des mères à initier un allaitement et de l'inscrire dans sa durée. (2) (46)

III. L'allaitement, une compétence basée sur la confiance à acquérir

A. Une compétence à acquérir

Dans l'imaginaire des femmes de notre enquête, l'allaitement semble être un acte inné (p28). Cette image de simplicité est véhiculée dans la plupart des brochures sur l'allaitement. (65,71, 72) Dans les fascicules, l'allaitement est présenté comme un acte facile et naturel. Pour les professionnels de santé, il s'agirait plus d'une aptitude à acquérir qui demanderait un effort de la mère et de l'entourage. Trois concepts différents ayant un impact sur la mère, l'entourage et le corps médical sont mis en évidence dans la littérature. (10)

- L'allaitement maternel comme naturel est le discours prédominant pendant la grossesse. Pourtant l'allaitement est une compétence à acquérir. Les problèmes d'allaitement deviennent les problèmes de la mère, engendrant une culpabilité et une diminution de la confiance en soi. Les soignants influencent les mères pour poursuivre l'allaitement et une incompréhension s'installe en cas de non fonctionnement. (10)

- Le corps de la femme devient une « machine » : la mère n'est plus considérée comme un individu mais comme une machine productive régulée par la demande du nourrisson. L'entourage donne beaucoup de conseils mais n'est pas reconnaissant par rapport aux efforts de la mère : l'allaitement maternel devient un devoir. Les mères ressentent alors une insécurité devant la nécessité de performance. (10)

- La note de prudence : les connaissances des mères sur l'allaitement sont basées sur l'entourage, les soignants, la presse... mais l'expérience est plus complexe. Les mères sont vulnérables aux opinions de l'entourage et souhaitent des réponses claires à leurs interrogations. (10)

Avec les nouvelles données sur l'allaitement et la non remise à niveau du personnel soignant, il existe une confusion et des conseils contradictoires engendrant des doutes chez les mères quant à la compétence du personnel soignant. Cette étude montre bien qu'il est nécessaire de voir l'allaitement maternel comme une compétence à atteindre et non comme naturel, le risque étant d'induire une baisse de confiance en soi et une culpabilité chez les mères. (73)

La fonction maternelle chez les humains semble ne rien avoir de naturel, elle serait toujours et partout une construction sociale définie et organisée par des normes, selon les besoins d'une population donnée à une époque donnée. La fonction de mère resterait pour chaque femme un rôle à découvrir mais surtout à acquérir.

B. Implication de la mère dans l'allaitement

La plupart des femmes interrogées se plaignaient de recevoir un discours contradictoire sur l'allaitement. Discours d'autant plus déroutant que la relation mère enfant leur semblait unique (30)

Les futures mamans disent avoir besoin d'être préparées aux difficultés qu'elles pourraient rencontrer. Entendre que l'allaitement peut être difficile semble nécessaire. (22, 24) L'inclusion de la mère dans les différents choix d'aide à l'allaitement, permettrait d'augmenter sa confiance en elle comme le disait Faustine (p44).

Une étude australienne s'est intéressée à 62 femmes allaitantes : elle portait sur les conseils contradictoires reçus pendant l'allaitement et leur affectation auprès des mères. Pour éviter la perception de conseils contradictoires il faudrait : encourager la mère, lui donner plus d'options, lui laisser le choix, adapter les conseils suivant les besoins de la mère. Les mères aimeraient des conseils moins directifs et plus adaptés à elles. (43, 44) Le système de soins peut, à force de renforcement positif, engendrer l'effet inverse en les culpabilisant. (74)

Une étude anglaise portant sur 720 femmes allaitantes s'est intéressée aux informations et au soutien qu'elles aimeraient avoir. Les conclusions sont superposables avec un besoin d'écoute, d'encouragement, de réassurance. (75)

L'information sur l'allaitement passe par un discours adapté au couple mère-bébé. Un allaitement sur mesure et non un allaitement normé est essentiel à sa bonne poursuite. (34, 38)

C. Confiance en soi à développer

Lorsqu'on étudie l'histoire de l'allaitement, on s'aperçoit avec étonnement que le manque de confiance dans la capacité des femmes à nourrir totalement leurs bébés de leur lait, "remonte à la plus haute Antiquité" (76). L'apparition de formules lactées relativement "sûres" n'aurait fait qu'amplifier le phénomène. On pourrait lui trouver de nombreuses explications, tant socio-culturelles que psychologiques.

Face à une volonté de se démarquer de l'animal ("Je ne suis pas une vache !"), les compléments seraient la marque de la civilisation, de l'humain ! Certaines remarques négatives envers nos interlocutrices le relataient. (p 33)

Ensuite, une peur/jalousie de la femme, de son pouvoir sur l'enfant, des capacités de son corps qui déjà a fait grandir le fœtus. D'où la volonté chez l'homme, et plus généralement chez

les tiers, de s'immiscer dans cette relation. (77) Et en ce sens, les compléments seraient le signe de l'avènement du couple et de la famille nucléaire ! Louise expliquait très bien cette problématique au cours de son entretien (p34).

Il est évident que l'accouchement et l'arrivée du bébé (surtout le premier) représentent pour chaque femme une telle période de crise, de bouleversement, de remise en cause, de nécessaire réajustement (78), qu'il est bien normal qu'elle doute alors de ses capacités à allaiter, et qu'elle s'angoisse à l'idée d'assurer à elle seule la survie de cet être tout neuf.

Les conditions mêmes de l'accouchement à notre époque, sa médicalisation croissante, font aussi que la femme est peu entraînée à faire confiance à son propre corps, à compter sur ses propres forces, mais bien au contraire à dépendre de machines et de médicaments. S'en remettre au biberon et au lait en poudre, produits "extérieurs" à elle et "objectivables", semble logique dans la foulée. (79)

A un moment où la femme aurait besoin d'être entourée, confortée, rassurée sur ses capacités et ses compétences, tout semble fait au contraire pour la déstabiliser et la faire douter.

Les remarques plus ou moins bienveillantes de l'entourage familial, le discours "à double entrée" du corps médical, qui valorise l'allaitement maternel tout en soulignant à plaisir ses inconvénients et ses pathologies, tout cela alimente et fait écho aux propres doutes que la femme nourrit elle-même sur ses capacités de nourrice. Pascale Rosfelter explique très bien dans son livre la nécessité de s'adapter au couple mère-enfant : « Si cette autre femme, plutôt que d'édicter ce qu'elle croit être la recette infaillible, l'informe de la façon dont, pour sa part, elle a finalement élaboré une solution, alors la jeune mère se sent autorisée, elle aussi, à inventer pour son nouveau-né les réponses qui vont lui convenir... et (se sentir) une mère adéquate pour cet enfant-là. » (80)

Pour acquérir cette confiance en soi qui est une denrée si précieuse dans le démarrage (et la poursuite) de l'allaitement, il est important de bien s'informer avant (67) ; s'assurer dans la mesure du possible que les conditions de l'accouchement lui donneront confiance dans ses capacités à être mère, et non l'inverse comme c'est trop souvent le cas ; savoir vers qui se tourner en cas de problème ; et faire confiance à son enfant. Ces derniers éléments font échos aux facteurs retrouvés dans nos entretiens. (p 44)

Quel que soit le caractère de leur bébé, les femmes peuvent parvenir à cette confiance, et en retirer les gratifications escomptées. Il importe avant tout qu'elles puissent se sentir fière

de savoir répondre aux demandes de leur bébé, et qu'elles se réjouissent du plaisir qu'elle lui donne et qu'il vous donne : n'écoutez pas ceux qui vous conseillent de suivre les règles au lieu de suivre votre bébé. (81)

Contrairement à ce qu'on croit parfois, promouvoir un allaitement exclusif au sein les premiers mois de vie de l'enfant, n'est pas promouvoir un retour au passé. Il s'agit au contraire d'une démarche radicalement neuve, susceptible à la fois de donner aux femmes une formidable confiance en leurs capacités. (82)

D. Le rôle des groupes de mères

Dans une société où presque toutes les femmes allaiteraient, la nécessité de groupes de soutien ne se ferait pas ou plus sentir. Car ce serait toute la société qui serait un groupe de soutien. Une femme qui n'aurait pratiquement jamais vu de bébé allaité avant d'accoucher - ce qui est le cas de la majorité des nouvelles mères dans nos sociétés - risque d'adopter des conduites d'allaitement qui la mèneront tout droit à des difficultés. (79, 80)

D'où l'utilité des groupes de mères, reconnue depuis plusieurs années par les instances internationales comme l'Unicef et l'Organisation mondiale de la Santé. Rappelons ici que la dixième des conditions proposées par l'Unicef et l'OMS aux professionnels de santé pour la réussite de l'allaitement maternel est la suivante : "Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel, et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique. (8, 23)

On y trouve des informations, des modèles différents d'allaitement parmi lesquels la mère aura toute latitude de choisir ce qui lui semblera le plus approprié à son cas personnel et à celui de son bébé. Les femmes interrogées dans notre étude trouvaient dans les groupes de soutien l'expérience d'autres femmes ayant vécu une histoire semblable : prématuré, naissance par césarienne, jumeaux, etc. (27, 78,81) (p41)

Les groupes permettent d'être écoutée sans être jugée, par des femmes qui ne représentent pas un pouvoir, mais une sorte de communauté fraternelle. (80)

La base des groupes de soutien à l'allaitement, c'est l'aide de mère à mère, c'est à dire une oreille attentive, un sourire de compréhension, la réassurance de la normalité de son vécu. Combien de mères ont sevré rapidement, voire n'ont pas allaité du tout, simplement parce

qu'elles n'avaient jamais eu l'occasion de rencontrer d'autres femmes qui allaitent ? L'allaitement et le maternage s'apprennent par l'exemple. (85) Une mère qui n'a personne comme modèle, personne avec qui comparer son vécu et ses sentiments sur l'allaitement aura beaucoup plus de difficultés pour allaiter. (79, 83,85)

Dans un rapport fait pour la Harvard Medical School, Silverman et Murrow ont conclu que la dynamique du groupe apporte un sentiment de compétence et de normalité qui contribue de façon importante au succès de l'allaitement. Sloper a montré que les femmes bénéficiant du soutien d'un groupe allaitaient plus longtemps. (83)

Un autre intérêt des groupes de mères, est l'augmentation de la confiance en soi qu'ils induisent chez les nouvelles mères. Une nouvelle mère est souvent très vulnérable aux avis d'autrui. Et tout le monde se sent autorisé à lui donner son avis justement ! Fais ceci, ne fais pas cela... Avis souvent contradictoires qui plus est. Le groupe de mères au contraire, ne donne pas d'avis, ne fait pas de prescription ; il donne des pistes possibles, des façons de faire qui ont marché pour telle ou telle. À la mère d'observer son bébé et de voir ce qui marche bien pour elle et lui. Le groupe de mères redonne à la mère sa place d'expert en ce qui concerne son propre bébé ; c'est elle qui sait le mieux ce qui lui convient. (79,83,85)

Les groupes permettent aux mères de découvrir des méthodes différentes pour proposer un allaitement sur mesure à son enfant. (83)

IV. Forces et limites de l'étude

A. Les forces de l'étude

a) Le choix de l'entretien semi-dirigé

L'entretien individuel semi-dirigé a été choisi pour la qualité d'accès aux personnes qu'il permet. Le vécu de l'allaitement étant quelque chose d'assez personnel et intime, il a été préféré au focus groupe.

b) La durée des entretiens

La durée des entretiens, en moyenne supérieur à 25 minutes, permettait d'explorer en profondeur les expériences et les attentes des personnes, et de recueillir ainsi des données qu'une méthode quantitative n'aurait pas permis.

La bienveillance et l'attrait des interviewées pour le sujet contribuaient à une ambiance chaleureuse et facilitaient la libre expression. De plus, la confiance pouvait s'installer du fait de l'absence de limitation en temps des entretiens.

c) Les critères de validité interne

La validité interne consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité. (69) Le codage et l'analyse thématique impliquent une part de subjectivité dans l'interprétation. Celle-ci conduit à une interprétation particulière de ce que les personnes ont exprimé. Pour limiter cet effet, une attention particulière a été apportée à la fiabilité de ces étapes et ce, à deux niveaux.

Nous avons effectué une révision des codages des différents entretiens, au fur et à mesure, grâce à une double lecture par les chercheuses, assurant ainsi une fiabilité diachronique et synchronique. (70) Le peu de divergence d'avis, au cours de cette étape, assurait la proximité avec les idées contenues dans les verbatims.

Les entretiens étaient écoutés en totalité par les investigatrices. Des confirmations étaient parfois nécessaires pour la compréhension des dires des interviewées. En effet, l'enquêtrice présente au moment de la rencontre avait pu appréhender le contexte, et l'ensemble des attitudes non verbales de la personne interrogée. Ces éléments pouvaient être difficiles à retranscrire, pourtant ils étaient nécessaires à l'intelligibilité des propos.

L'étude nous paraît répondre aux critères de validité interne dans la mesure où les hypothèses de départ figurent dans les résultats, aux côtés d'hypothèses émergentes.

Les différentes étapes de la méthode ont été rediscutées à plusieurs reprises au cours de l'étude avec des chercheurs de plusieurs disciplines (épidémiologie, santé publique, médecine générale, sociologie) sensibilisés à cette thématique.

d) Les critères de validité externe

La validité externe consiste à généraliser les observations recueillies à d'autres objets ou contextes. L'échantillon doit donc être ciblé et représentatif de la problématique. (36, 37,

69) Nous avons tenté d'atteindre cet objectif en diversifiant les caractéristiques sociales (position sociale, âge, nombre de grossesses, aide à la procréation...) des personnes interrogées lorsqu'une certaine répétition des propos apparaissait au fil des entretiens.

Les profils étaient assez variés selon les données sociodémographiques visées par l'étude (annexe IX)

e) La posture des chercheuses

Les intervieweuses ont pu être identifiées de différentes manières, parfois combinées, par les interviewées : chercheuse, médecin, sociologue. Cela a probablement évité d'orienter le discours dans un seul et même sens.

La posture compréhensive que nous avons adoptée dans la conduite des entretiens a permis à nos interlocutrices d'explicitier leurs expériences et leurs réflexions, et de livrer les réalités vécues dans leur parcours de soin.

Être identifié comme médecin « pro-allaitement » a pu être une force de l'étude car les personnes pouvaient éprouver une certaine satisfaction à exprimer leur point de vue à des soignants jugés capable d'entendre les critiques. De plus, nous avons tenté d'appliquer le principe de « réflexivité » afin de prendre de la distance sur nos *a priori*, nos postures, et de limiter leurs répercussions sur l'interprétation des données.

B. Les limites de l'étude

a) Le mode de sélection des participantes

Le recrutement de proche en proche a rendu difficile de ne pas évoquer *a minima*, le sujet de l'étude. Il semblait complexe, au vu du sujet, de ne délivrer aucune information sur le contenu de l'entretien et la raison du recrutement.

Cette méthode de recrutement a favorisé le contact de personnes sensibilisées à ce sujet et de personnes facilement accessible par nos réseaux.

b) Les interactions et la posture des chercheuses

Les personnes interviewées ont potentiellement été informées de notre statut de médecin, ce qui a pu biaiser le discours. Un sentiment d'évaluation et d'asymétrie de la relation a pu être créé de par la posture d'enquêtrice. Cette asymétrie a pu être nuancée avec les

interviewées ayant le même statut professionnel que les chercheuses. D'une façon plus générale, les différentes manières d'identifier les investigatrices ont pu moduler les réponses.

Le statut de mère allaitante d'une chercheuse a pu influencer le discours de certaines mères. La prise de recul et la double analyse des données ont tenté de résoudre ce problème.

Nous pensons que nos points de vue nous limitent et nous orientent dans notre étude comme pour toute chercheuse.

c) La déperdition d'informations

Il s'agissait de la première expérience de recherche qualitative des enquêtrices. Malgré la phase exploratoire et la lecture de livres sur les techniques d'entretien (36, 37), mener les interviews s'est avéré être un exercice générateur d'une certaine appréhension. Celle-ci a pu être perçue par les interviewées et déconcentrer les interlocutrices.

Les interactions avec l'extérieur ont pu parasiter les entretiens selon les lieux choisis. Le dialogue a pu être parasité également par un arrêt de l'enregistrement pendant quelques minutes. La retranscription des verbatims, puis leur lecture, a parfois été frustrante. Certaines idées auraient pu être approfondies et auraient nécessité des relances de la part des enquêtrices.

Il a pu exister une variabilité de l'usage de la grille d'entretien entre les deux investigatrices. Ceci a pu altérer la reproductibilité inter-entretien. Un sous thème a, par exemple, parfois été omis.

Nous considérons ainsi que des compléments d'analyse sociologique, à partir des données recueillies, auraient permis de comprendre plus finement les parcours et les enjeux des personnes enquêtées.

d) La désirabilité de l'information

Dans certains entretiens, il arrivait que l'interviewée demande l'avis de l'intervieweuse ou encore, comment les autres personnes avaient répondu à la même question. Dans ces situations, nous avons essayé de valoriser le caractère particulier de son expérience.

CONCLUSION

L'allaitement maternel prolongé fait débat à notre époque. S'il est considéré comme l'alimentation de choix jusqu'aux six mois du bébé, sa pratique reste difficile dans notre société. Les mères doivent se battre pour dépasser le regard culpabilisant qui pèse sur elles.

La mère doit trouver sa place dans cette nouvelle relation qui prend jour avec son bébé. Si l'allaitement est une expérience enrichissante et épanouissante, il n'en demeure pas moins difficile : difficile face à la douleur, à l'inconnu, au manque de réponses à leurs interrogations.

La société fait peser sur lui, un regard influencé par des normes et des représentations historiques. Ainsi, l'acte de maternage devient aux yeux de certains un acte incestueux, malsain. Le sein nourricier se confond dès lors avec le sein érotique. L'allaitement aux multiples vertus se transforme en une servitude maternelle et une entrave à l'autonomie de l'enfant.

Les femmes ont trouvé des moyens pour réussir à suivre leur volonté et les recommandations de l'OMS. Le conjoint apparaît comme un soutien indispensable à son succès. Le tire-lait constitue un élément technique essentiel pour la reprise du travail. La recherche d'informations a permis aux femmes de trouver des solutions pour pérenniser cet allaitement. Mais, le facteur indispensable au maintien de l'allaitement reste la confiance à acquérir dans le couple mère-enfant.

Les professionnels de santé semblent avoir une place importante à jouer dans l'information, l'aide et le soutien aux mères. Aussi, il apparaît essentiel qu'ils reçoivent une formation de qualité plus développée qu'actuellement. La société a changé et ils deviennent les personnes ressources de demain. Chaque couple mère-bébé est unique aussi faut-il développer un discours spécifique à chaque couple et non des protocoles standardisés. Un allaitement sur mesure permettrait d'arrêter les informations erronées, contradictoires qui sèment le doute du fait de leur non cohérence. Il n'existe pas un allaitement mais des allaitements d'où l'intérêt d'arrêter la normalisation de celui-ci.

« Les femmes qui donnent le sein plus d'une année sont confrontées parfois à l'incompréhension et au rejet de leur famille, amis et des professionnels de santé. La même chose s'est produite il y a un demi-siècle avec les premières femmes qui ont porté des pantalons. Patience, ils s'habitueront. » Carlos González (2010)

Bibliographie

1. Turck D Allaitement maternelles bénéfiques pour la santé de l'enfant et de sa mère. Archives de Pédiatrie 2005 déc. ;12, Supplément «3(0) :S145-S165)
2. F. Noirhomme-Renard, Factors associated with breastfeeding duration for at least three months: A literature review Journal de Pédiatrie et de Puériculture, Volume 22, Issue 3, May 2009, Pages 112–120
3. Hanne Kronborg and Michael Vaeth, The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding, J Public Health 2004 ; 32 : 210–216
4. B Branger, M Cebron, G Picherot, Factors influencing the duration of breast feeding. A study of 150 women, Archives de Pédiatrie, Volume 5, Issue 5, May 1998, Pages 489-496
5. « L'allaitement, pratiques et discours. Une approche sociologique », *Devenir, Revue européenne du développement de l'enfant*, décembre 2000, vol. 12, n° 4, p. 35-55
6. Branger B, Dinot-Mariau L, Lemoine N, Godon N, Merot E, Brehu S, et al. Durée d'allaitement maternel et facteurs de risques d'arrêt d'allaitement : évaluation dans 15 maternités du réseau de santé en périnatalité des Pays de la Loire. Arch Pediatr. 2012 ;19(11) :1164-76
- 7., B. Salanave, C. de Launay, Durée de l'allaitement maternel en France, bulletin épidémiologique hebdomadaire 2014, N°27
8. Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant – Durée optimale de l'alimentation au sein exclusive. Genève : OMS ; 2001
9. Geneviève Delaisi de Parseval et Suzanne Lallemand, L'art d'accueillir les bébés, Odile Jacob, 1998
10. Marion Arevalo, Vécu de l'allaitement maternel chez les femmes allaitantes : étude qualitative réalisée auprès de patientes et de professionnelles de la PMI de Wattrelos, Thèse de médecine Lille 23 septembre 2014
11. Gaëlle Fadda, ALLAITEMENT MATERNEL ET TRAVAIL : enquête sur le vécu et les représentations de 29 mères actives, Thèse de médecine Caen, 15 novembre 2004
12. Allaiter autrefois, BT2 n° 247, mai 1992.
13. Claude Didierjean-Jouveau, Bref aperçu historique de l'allaitement, Les Dossiers de l'obstétrique,

novembre 2000, p. 23-25.

14. Hedwige Lauer, L'enfant dans l'histoire Cahiers de la puéricultrice, septembre 1991, p. 44-50.

15. Catherine Rollet, L'allaitement artificiel des nourrissons avant Pasteur, Annales de démographie historique, 1994, p. 81-91.

16. Joseph Lefort, La mortalité des nouveau-nés en France et à l'étranger, Journal des économistes, novembre 1878.

17. B. Le Luyer, De la Goutte de lait à la poudre de lait, Revue internationale de pédiatrie, avril/mai 1996, p. 14-22.

18. Comment allaitaient nos grands-mères et nos mères ? Cahiers de la puéricultrice, septembre 2001.

19. Claude-Suzanne Didierjean-Jouveau, L'allaitement est-il compatible avec le féminisme ? *Spirale*.

20. Cockerham-Colas, L., Geer, L., Benker, K., & Joseph, M. A. (2012). Exploring and influencing the knowledge and attitudes of health professionals towards extended breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, 7(3), 143-150.

21. Dowling, S., & Brown, A. (2013). An exploration of the experiences of mothers who breastfeed long-term : what are the issues and why does it matter ? *Breastfeeding Medicine*, 8(1), 45-52.

22. Gribble, K. D. (2008). Long-term breastfeeding ; changing attitudes and overcoming challenges. *Breastfeeding Review*, 16(1), 5.

23. Conférence Innocenti 1990 -2005 <https://www.amis-des-bebes.fr/documents-reference.php>.

24. Stearns, C. A. (2011). Cautionary tales about extended breastfeeding and weaning. *Health Care for Women International*, 32(6), 538-554.

25. Agence de la santé publique du Canada (2014). *L'allaitement et la nutrition du nourrisson*. Accès http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/stages-etapes/childhood-enfance_0-2/nutrition/index-fra.php

26. Beaufrère, B., Bresson, J. L., Briend, A., Ghisolfi, J., Goulet, O., Navarro, J., ... & Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. (2000). La promotion de l'allaitement maternel : c'est aussi l'affaire des pédiatres.... *Archives de pédiatrie*, 7(11), 1149-1153.

27. Bruyn, M-L. (2013). Expériences des femmes autour de l'allaitement maternel prolongé. (Thèse de médecine. Faculté de médecine de l'Université de Caen). Accès http://coordinationallaitement.org/images/informer/experiences_de_femmes_autour_de_l_allaitement_maternel_prolonge_.pdf
28. Gribble, K. D. (2008). Long-term breastfeeding ; changing attitudes and overcoming challenges. *Breastfeeding Review*, 16(1), 5
29. Guedes, S. (2015). L'allaitement quand il dure. *Grandir Autrement*, 53, 60-62.
30. Herzog Evans, M. (2013). Féminisme biologique, allaitement et travail, une nouvelle forme d'autodétermination des femmes. *La Revue des droits de l'homme. Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux*, (3)
31. Kramer, M.S. & Kakuma, R. (2002). Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*, 1.
32. La Leche League France. (2014) L'allaitement quand il dure (longtemps), allaiter un enfant de plus de 3 ans, récits. *Allaiter aujourd'hui (hors-série)*.
33. La Leche League. (2013). Promotion et protection de l'allaitement : actions et recommandations. Accès <http://www.lllfrance.org/Promotion-et-protection-de-l-allaitement/Promotion-et-protection-de-l-allaitement-actions-et-recommandations.html#ac>
34. Kendall-Tackett, K. A., & Sugarman, M. (1995). The social consequences of long-term breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 11(3), 179-1
35. Lacroix, V. (2013). Allaitement long. Accès <http://leblogallaitement.com/allaitement-long/>
36. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2^{ème} édition. Armand Colin ; (128).
37. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. Armand Colin ; (128). 2011
38. Tchaconas, A. E. (2014). Maternal Ratings of Factors That Influenced Their Decision to Breastfeed Beyond 1 Year of Age. In 2014 AAP National Conference and Exhibition. American Academy of Pediatrics.
39. Newman, J. (2005). Allaiter un bambin : texte de la conférence de la Journée Internationale de l'Allaitement. *Dossiers de l'allaitement (hors-série)*. Accès <http://www.lllfrance.org/Dossiers-de-l-allaitement/DA-Hors-serie-sur-la-JIA-2005-Allaiter-un-bambin-Dr-Jack-Newman.html>
40. Obihara C. C. et al. (2007). L'allaitement quand il dure. *Allaiter aujourd'hui*, 70.

41. Pilliot, M. (2004). Allaitement maternel : état des lieux en France et en Europe [Présentation PowerPoint] Accès <http://www.grandetete.com/allaitement/Allaitement-Maternel-etat-des-lieux-mars2004.pdf>
42. Piovanetti, Y. (2001). Breastfeeding Beyond 12 Months. *Pediatric Clinics of North America*, 48 (1), 199-206.
43. Reamer, S. B. & Sugarman, M. (1987). Breastfeeding beyond six months : mothers perceptions of the positive and negative consequences. *Journal of tropical pediatrics*, 33(2), 93-97.
44. Rempel, L.A. (2004). Factors influencing the breastfeeding decisions of long-term breastfeeders. *Journal of Human Lactation*, 20(3), 306-318.
45. Sinnott, A. (2011). Allaités... des années. Villiers-sur-Marne : Editions du Hêtre.
46. Sabbagh, Gallot, L'allaitement maternel en médecine générale représentation vécu des mères et perception du suivi par le médecin généraliste 2012
47. Delaule S et al attitude pratique et vécu des médecins généralistes en cas d'insuffisance de prise pondérale du nourrisson allaité 2016
48. David-Fondrevelle S Allaitement prolongé et médecine générale : étude qualitative auprès de 15 mères allaitant des enfants de plus d'un an.th Méd ; Lyon ; 2012
49. Lighezzolo-Alnt J et al Allaitement prolongé et raté du sevrage : réflexions psychodynamiques. *Clinique méditerranéenne* 2005 ;2(72) :265-280
50. Cable N, BartleyM, McMunn A, Kelly Y gender differences in the effect of breastfeeding on adult psychological well-being. *Eur J Public health* (2011)
51. Anderson JW ; Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development : a metaanalysis. *The American journal of clinical nutrition* 1999 ; 70(4) :525.
52. Roques N, les psys et l'allaitement maternel, *Spirale*, 3/2003(n°27), p99 à 106
53. SANDRE PEREIRA, G. Anthropologie de l'allaitement maternel en France et au Brésil, chap. III, « Allaitement et sexualité : plaisir et peur », thèse de doctorat en anthropologie sociale et historique, Université de Toulouse II-Le Mirail- EHESP ; soutenue le 19 déc 2006, p. 106-161.
54. PARAT, H. 1999b. « Sein nourricier, sein érotique : l'Œdipe revisité par les émois pré-génitaux

lors de l'allaitement », Cliniques méditerranéennes, n° 59-60, p. 211-223.

55. PARAT, H. 2006. Sein de femme, sein de mère, Paris, PUF. LEBOVICI, S. et coll. 1990. « Le sein et les seins », Psychiatrie de l'enfant, vol. XXXIII, n° 1, p. 5-36.

56. Leche League téter et grandir Allaiter un bambin un enfant : quand la durée de l'allaitement dépasse nos normes culturelles. Feuille 1 de la leche league

57. S. lebovici et al, le sein et les seins, psychiatrie de l'enfant, n°1, 1990 à p5 à 36

58. Rufo M. Parlez d'amour aux enfants. L'express 9 oct.2003

59. PARAT, H. 1999a. « L'érotisme maternel », dans Psychanalyse de l'allaitement, Paris, Dunod.

60. Thirion M, Piloti V. Allaitement long et identité sexuée : état des lieux des discours en France Édition Eres : Avril 2011-p :67-

61. Gailla Jambu c. les internes et l'allaitement maternel impact du module de DES en 2007.

62. Pinchard S, Brillac T Allaitement maternel et reprise du travail : évaluation des connaissances des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées. 2012 thèse

63. Debonnet-Gobin V, Allaitement maternel et médecine générale étude à propos des représentations et des connaissances de 18 médecins généralistes s'articulant autour d'une soirée de formation médicale continue thèse pour le doctorat en médecine générale université de Picardie 2005

64. Sabbagh V l'allaitement maternel en médecine générale représentation vécu des mères et perception du suivi par le médecin généraliste étude qualitative auprès de 17 mères de Rhône Alpes 2012 thèse

65. Guide pratique à l'usage des professionnels de santé coordination du Rhône pour la promotion de l'allaitement maternel, 2001

66. BRANGER B., BRIEAU C., Perception et facteurs du choix des adolescents vis-à-vis de l'allaitement maternel, Archives de Pédiatrie ; 2001, 8 :1402-3

67. DIDIERJEAN-JOUVEAU C., Le lait maternel, c'est bon pour la santé, Allaiter aujourd'hui n°27, La Leche League France

68. DIDIERJEAN-JOUVEAU C. ? Téter et grandir, Feuille 14 de La Leche League, 2001

69. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. Exercer Revue Française Médecine Générale (internet). <http://www.exercer.fr>
70. Roussel P, Wacheux F, Management des ressources humaines : méthodes de recherche en sciences humaines et sociales. De Boeck. 2005. 440
71. Brochure Le guide de l'Allaitement maternel, Inpes (internet : http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/pdf/0910_allaitement/Guide_allaitement_web.pdf)
72. Régine Prieur, Travail et allaitement. Livret pratique pour concilier vie professionnelle et allaitement, DTF médical
73. Communiqué de l'Academy of Breastfeeding Medecine, 2011
74. Hauck YL, Graham-Smith C, McInerney J, Kay S. Western Australian women's perceptions of conflicting advice around breastfeeding. Midwifery. Oct. 2011 ;27(5) : e156-e162.
75. Graffy J, Taylor J. What Information, Advice, and Support Do Women Want With Breastfeeding ? Birth. 1 sept 2005 ;32(3) :179-186.
76. Marie-Claude Delahaye, *Tétons et tétines*, Ed. Trame Way, 1990.
77. Hélène Parat article "crise de la maternité" 1995
78. Jane Price, *La psychologie de la maternité* Le Jour éditeur, 1990
79. Patrizia Romito, *La naissance du premier enfant* Delachaux et Niestlé.
80. Pascale Rosfelter, *Bébé blues, la naissance d'une mère*, Calmann-Lévy, 1992
81. Penelope Leach, *Les six premiers mois*, Seuil, 1988
82. Michel Odent, *Votre bébé est le plus beau des mammifères*, Albin Michel, 1990.
83. *Allaiter aujourd'hui* n° 41, LLL France, 1999
84. Severine Gojard, *L'alimentation dans la prime enfance. Diffusion et réception de normes de puériculture*, Revue française de sociologie, 2000 ;41 (3)
85. *Soutenir les mères qui allaitent, le rôle des groupes de mères* n°41, LLL France, 1999

Annexe I : Guide d'entretien

Bonjour,

Je m'appelle ..., j'effectue un travail de recherche sur l'allaitement maternel après 6 mois. Merci d'avoir accepté de témoigner de votre expérience sur l'allaitement. Ce qui m'intéresse c'est vraiment votre témoignage, votre expérience, votre vécu à vous. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. C'est votre histoire et vos ressentis qui sont importants.

Cet entretien est anonyme et enregistré. Vous êtes totalement libre de parler. Il va se dérouler en deux parties. Une première partie pour mieux vous connaître où je vous poserai des questions sur vous puis une deuxième partie sur le sujet de notre étude.

Commençons si vous voulez bien.

J'aimerais que vous me parliez de votre allaitement. Comment l'avez-vous vécu ?

D'accord est-ce-que vous pouvez développer un peu plus ? Que voulez-vous dire par la ?

Ok c'est très intéressant merci Comment s'est passé votre allaitement par rapport à votre entourage ?

Relance : des commentaires par exemple ?

Relance : votre conjoint vous a-t-il donné son avis ? C'était un soutien pour vous ?

Au niveau de la prise en charge médicale para médicale qu'en avez-vous pensé ?

Relance : vous avez des exemples ?

Avez-vous trouvé des solutions à vos problèmes en parlant avec les médecins ou avec les sages-femmes ?

Maintenant si vous êtes d'accord, j'aimerais que l'on aborde les raisons qui vous ont amené à continuer votre allaitement après six mois ?

Et en un mot les éléments (facteurs ou moyens) qui vous ont permis de continuer votre allaitement ?

Annexe II : Fiche de recueil des informations personnelles

➤ Caractéristiques individuelles

Age	
Nationalité	
Niveau d'étude/Profession	
Statut marital	
Nombre d'enfants	
Aide PMA	
Consommation alcool, tabac, toxique, ...au cours de la grossesse	
Traitements médicamenteux pendant la grossesse ?	

Avez-vous vous-même été allaitée ?	
Avez-vous été formée pendant la grossesse à l'allaitement ?	
Par qui ?	
Durée de l'allaitement maternel	

➤ Grossesse

Déroulement de la grossesse	
Décision d'allaiter avant pendant ou après l'accouchement	
Arrêt du travail ?	

➤ Accouchement

Terme de naissance	
Déclenchement ? Péridurale, césarienne ?	
Nom de la maternité	
Nombre de jours restés à la maternité	
Poids du bébé à la naissance	
Sexe	
Mise au sein immédiate ?	
Contact avec les professionnels de santé	
Intervalle de temps entre chaque tétée	
Tétine ? Quel âge ?	
Bébé gardé avec vous la nuit ?	

Annexe III : Courriel d'invitation à participer aux entretiens

« Bonjour,

Dans le cadre d'une étude menée à l'Université Toulouse III, nous sommes à la recherche de personnes pour participer à des entretiens. Ce travail porte sur les expériences et le vécu de femmes ayant allaitées plus de 6 mois.

Nous cherchons à inclure une grande diversité de personnes afin de témoigner de réalités multiples. Nous proposons aux femmes ayant allaitées plus de 6 mois de participer à ce travail.

En pièce jointe, vous trouverez un formulaire d'information détaillant l'organisation de cette recherche.

Si vous êtes intéressées ou pour toutes questions, vous pouvez nous répondre par un accord de principe en nous fournissant vos coordonnées téléphoniques et mail, et nous vous recontacterons dans les semaines qui viennent.

N'hésitez pas à diffuser ce mail autour de vous à des personnes susceptibles de vouloir participer.

Cordialement. »

Annexe IV : Formulaire d'information et de recueil de consentement

Vous êtes invitée à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur le déroulement de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des modalités que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à nous contacter pour toute information.

Projet de recherche

Ce projet de recherche est mené par deux personnes, Laura PUJOL et Dagmar GUERRE nous nous intéressons à comment les femmes parviennent à allaiter au-delà de six mois.

Pourquoi avoir choisi cette thématique ?

L'HAS recommande un allaitement au-delà de six mois. Très peu de femme en France contrairement à d'autres pays parviennent à allaiter au-delà d'un mois.

Comment se déroule le travail de recherche ?

Cette étude repose sur le recueil de témoignages individuels qui seront enregistrés (enregistrements sonores) et analysés afin de faire ressortir votre expérience et votre vécu en matière d'allaitement. Nous ne sommes pas à la recherche de réponses types ou idéales. Nous nous intéressons à vos ressentis, sans jugement.

Nous proposons aux femmes ayant allaité au-delà de six mois de participer à ce travail.

L'idée est de donner la parole aux personnes concernées, dans leur diversité, parole trop peu souvent pris en compte et pourtant incontournable pour un accompagnement de qualité. Nous souhaitons connaître ces expériences afin de témoigner de réalités multiples.

Ce projet n'est pas financé par un organisme privé.

Si vous le souhaitez, les résultats de nos travaux pourront vous être communiqués.

Déroulement de l'entretien

Votre participation sera requise pour une rencontre d'une durée de votre choix. Il n'y aura qu'une seule intervieweuse au moment de l'entretien. Cette entrevue aura lieu à l'endroit qui vous convient, selon vos disponibilités. Il s'agira de répondre à des questions ouvertes sur le sujet précédemment expliqué. Cette entrevue sera enregistrée sur une bande audio qui sera détruite après la retranscription. Seuls de petits extraits, écrits et anonymes, des entretiens seront publiés

Consentement à la participation

Notre démarche se veut inclusive, non stigmatisante et respectueuse des valeurs et des idées de chacune. Les interviews seront enregistrées, la notion de consentement se trouve aussi au centre de ce travail. Nous avons besoin de recueillir votre accord pour l'enregistrement de l'entretien et son utilisation. Vous avez possibilité de vous rétracter sur les termes de l'accord à tout moment de l'étude.

Droit de retrait sans préjudice à la participation

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à celle-ci sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Si vous venez à vous retirer de l'étude demandez-vous à ce que les documents audios et écrits vous concernant soient détruits ?

Oui
 Non

Consentement libre et éclairé

Je, (nom prénom), déclare avoir lu et compris le présent formulaire, et, en avoir reçu un exemplaire.

Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on m'a répondu, à ma satisfaction.

Par la présente j'accepte librement de participer au projet.

Signature

Fait à _____ le

Laura Pujol et Dagmar Guerre

Contacts :

Annexe V : Avis de la commission d'éthique



Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées

Secrétariat : *Dr Serge BISMUTH*

59 rue de la Providence – 31500 Toulouse

Tél. : 05.61.80.01.23 – 06.82.63.45.70- Fax 05.61.34.61.16 – dr-bismuth@wanadoo.fr

Renseignements concernant le demandeur :

Nom Pujol Laura/ Guerre Dagmar
Qualité, Internes en médecine générale
Adresse
Courriel
Numéro de téléphone

Renseignements concernant le promoteur :

Nom Dr Anne FREYENS, médecin généraliste

Titre complet de la recherche :

Comment les femmes parviennent elles à allaiter au-delà de six mois ?

AVIS DE LA COMMISSION Avis favorable

Le

Le secrétaire

Annexe VI : Extrait du verbatim

Intervieweuse : Ok c'est très intéressant merci. Comment s'est passé votre allaitement par rapport à votre entourage ?

Claire : ça n'a jamais euh, ça a été très bien pris que j'allaite. Euh, en fait j'ai eu une attitude différente entre mon premier allaitement et le deuxième. Euh, Pour le premier j'avais tendance à n'allaiter que soit avec mon mari, soit avec mes parents ou ma sœur. Avec donc mon entourage très proche. Euh, pour le deuxième en fait j'ai toujours allaité en public euh, avec du monde. Ça ne m'a jamais contrarié euh d'allaiter en public. Je demandais toujours si ça gênait quelqu'un que j'allaite devant eux. Mais euh, pour le deuxième voilà, j'étais un peu plus relâchée sur ça. Mon entourage ne m'a pas plus que ça sensibilisé à l'allaitement. Non, Moi j'ai euh ça, c'est vraiment un chemin personnel que j'ai fait de vouloir, de vouloir allaiter. Euh, non mon entourage on n'en a pas parlé plus que ça. On m'a dit, tu feras comme tu voudras. Alors voilà, ç c'est moi qui avait vraiment envie d'allaiter notamment parce que parce euh dans la famille du côté de mon mari il y a beaucoup de problèmes d'allergie alimentaire, et qu'on m'avait conseillé d'allaiter le plus longtemps possible pour justement prévenir ces allergies chez les bébés. Donc ça a plus était avec mon mari euh qu'avec mon entourage proche.

Intervieweuse : Quelles sont les commentaires qu'on a pu vous faire ?

Claire : Non, non, jamais, je n'ai jamais eu de commentaires de quiconque sur ma manière de faire. Non, Non, personne ne m'a jamais donné de conseil. Moi, euh, ma mère ne m'ayant allaité que peu de temps en fait. Je pense qu'elle ne s'est pas sentie de me donner des conseils ou autres.

Intervieweuse : Votre conjoint vous a t'il donné son avis ?

Claire : Donc voilà, comme je vous disais. On en parlait. Il me disait que ça serait bien notamment par rapport à ces allergies à lui. Euh après il m'a toujours dit que je ferais comme je pourrais et comme je voudrais. Euh après je n'ai pas eu de pression particulière de la part de mon mari. Humm, C'était vraiment un souhait à tous les deux, si ça fonctionnait c'était très bien. Après il voyait, euh on en discutait, il disait que si je n'y arrivais pas, ça ne serait pas la fin du monde.

Intervieweuse : Par rapport à votre travail ?

Claire : Par rapport à mon travail, euh j'ai continué l'allaitement alors que je travaillais. Je tirais mon lait au travail deux fois par jours. A partir du moment où j'ai repris le travail à 3 mois et demi. Les petits avaient trois mois et demi et donc euh et donc jusqu'au bout de mes allaitements. Donc voilà j'ai tiré mon lait au début deux fois par jour, puis après une seule fois par jour euh. Donc voilà mon travail, je suis arrivée quand j'ai repris et leur ai dit que ça allait se passer comme ça. Ils ont compris. Ils m'ont laissé une salle à disposition pour que je puisse tirer mon lait. Ça s'est bien passé je n'ai pas eu de commentaire particulier. Euhh, donc voilà, ça a été, même si je pense que j'ai été la seule à le faire à mon travail.

Annexe VII : Exemple de contexte d'énonciation

Contexte

Le contact avec V. est issu du recrutement de proche en proche. Après un appel téléphonique, nous convenons d'un rendez-vous à son domicile pour nous rencontrer.

Nous nous retrouvons en début d'après-midi pour cet entretien. Nous nous installons dans son salon, sur son canapé, côte à côte. Sa petite fait la sieste.

Profil

V. est une femme d'environ trente ans. Elle est maman d'une petite fille allaitée 1 an. Lors de notre entretien, elle est enceinte de la seconde. Elle a un bon niveau socio culturel. Elle est pro allaitement malgré les difficultés de son parcours.

Idées fortes

V. voit l'allaitement comme une expérience très enrichissante et un moyen de maternage extraordinaire. Pour elle, allaiter est un moyen de réassurance et de répondre aux besoins du bébé malgré des avis familiaux et professionnels non favorables.

Selon elle, la prise en charge par certains professionnels de santé est inadaptée par rapport à l'allaitement maternel.

Les raisons de son maintien sont essentiellement l'absence de raisons d'arrêter, le moyen de prendre en charge Allergie aux Protéines de Lait de Vache et de moment magique de complicité avec son bébé.

La motivation et le soutien du conjoint sont deux éléments forts du maintien de son allaitement après 6 mois.

Nota Bene : ce document a été retravaillé pour des questions d'anonymat.

Annexe VIII : extrait du tableau d'encodage

thème <- Catégorie	<- Sous-catégorie	<- Code	<- Verbatim	
<i>en mère enfant</i>	relationnel très fort	A vrai moyen relationnel mère/enfant très très fort 1Q1	l'allaitement maternelle m'a vraiment permis d'avoir une relation très très forte avec mon bébé (1Q1)	
	réassurance	Allaitement vrai moyen de réassurance 1Q2	L'allaitement ça à vraiment fin j'avais vraiment l'impression de pouvoir la rassurer quand elle avait besoin 1Q2	
	de sécurité dans développement	A moyen de créer un sentiment de sécurité à l'enfant pour bien se développer	Qui créé la sécurité chez elle 2Q1	
	d'attachement/ complicité	A vécu comme facteur de lien d'attachement	ca crée le lien d'attachement 2Q1	
	de tendresse	A vécu comme un moment de tendresse	C'est vraiment un moment de calin 5Q1	
	réponses aux besoins du bébé	Allaitement meilleur moyen de répondre aux besoins du bébé 1Q2	Répondre à ses besoins 1Q2	
	de partage, d'échange	A vécu comme un super moment d'échange et de partage avec son enfant	Un super moment que je partage avec mon fils 5Q1	
	de contact	A vécu comme un moyen de contact avec son enfant dans la journée	moi c'est vraiment ce lien avec le bébé le contact à plusieurs reprises au cours de la journée avec le bébé 8Q1	
	d'accueil	Moyen d'accueil qui crée le lien	La tété d'accueil déjà on sent le lien entre bébé et nous 2Q1	
	de faire du bien au bébé et à soi	Allaitement moyen de faire du bien au bébé et de se faire du bien à soi	On sent qu'on lui fait du bien (répété deux fois)2Q1	
	de se retrouver apres le travail	A permet de se retrouver après le travail	Ca nous permettait de nous retrouver après le travail 1Q7	
	<i>en de rester avec bebe</i>		disponibilité et paratge temps avec le bébé permis grace a l'A	c'était une bonne raison de ne pas m'en séparer trop vite et de rester prêt d'eux et d'être disponible pour eux 4Q3
	<i>en non indispensable au lien</i>		Allaitement non indispensable au lien mere enfant	le lien est créé même sans allaitement 2Q1
<i>expérience de maternage</i>		A vécu également comme une belle expérience de maternage 1Q1	au dela de l'allaitement c'était une belle experience de maternage (1Q1)	
<i>: de choix personnels</i>		Allaitement traduit aussi la continuité de choix personnels 1Q2	l'allaitement à été finalement la continuité de certains choix 1Q2	



Avant le Q : numéro de l'entretien
Après le Q : numéro de la question

Annexe IX : caractéristiques des personnes interrogées

Caractéristiques Individuelles	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
Prénoms modifiés	Sophie	Béatrice	Christiane
Age	31 ans	33 ans	43 ans
Nationalité	32 ans	Française	Française
Niveau d'étude / Profession	Vétérinaire	Educatrice sportive	Ingénieur
Statut Marital	Mariée	Pacsée	Mariée
Nombre d'enfants	1	2	3
Aide PMA	FIV	Non	Non
Consommation alcool, tabac, toxique au cours de la grossesse	Non	Non	Non
Traitement médicamenteux au cours de la grossesse	Utrogestan 1 ^{er} trimestre, Xyzall, Corticoïdes inhalés, clamoxyl et monazol, insuline	Doliprane	Non
Avez-vous vous-même été allaité?	Oui	Oui	Non
Avez-vous été formé pendant la grossesse à l'allaitement?	Oui	Oui mais pas suffisamment	Oui lors 1ere grossesse
Par qui?	Sage -Femme	Sage- Femme	Sage- Femme
Durée de l'allaitement maternel?	1 an	1 an	1 an
Grossesse			
Déroulement?	Grossesse pathologique avec diabète gestationnel sous insuline. Arrêt travail car toxoplasmose négative.	Diabète gestationnel	Grossesse simple
	Notches sur les artères utérines donc repos complet au 5ème mois		
Décision d'allaiter avant pendant ou après l'accouchement?	Avant	Avant	Avant
Arrêt de travail?	Toute la grossesse		
Accouchement			
Terme de naissance	37SA +6 jours	40 SA	40 SA
Déclenchement? Péridurale, césarienne?	Péridurale	Rien	Péridurale inefficace
Nom de la maternité	CHU pèlerin	Ambroise Paré	CHU PDV
nombre de jours restés à la maternité	7 jours	3 jours	3 jours
Poids du bébé à la naissance	2, 420 kg	2,900kg	3, 160kg
Sexe	Fille	Fille	Fille
Mise au sein immédiate?	Oui	Oui	Oui
Contact avec les professionnels de santé	Excellent	Bon	Très bon
Intervalle de temps entre chaque tétée?	A la demande mais max 3h entre chaque tétée à cause du petit poids de naissance	2h à 4h à la demande	A la demande
Tétine? Quel âge?	Oui, à partir de 5 mois	Oui	Jamais
Bébé gardé avec vous la nuit?	Oui	Oui	Oui

Caractéristiques Individuelles	Entretien 4	Entretien 5	Entretien 6
Prénoms modifiés	Aline	Julie	Lucie
Age	38 ans	32 ans	30
Nationalité	Française	Française	Française
Niveau d'étude / Profession	Dentiste	Bac +8 ingénieur	Secrétaire BTS
Statut Marital	Pacsée	Pacsée	Pacsée
Nombre d'enfants	1	1	2
Aide PMA	Non	Non	Non
Consommation alcool, tabac, toxique au cours de la grossesse	Non	Non	Non
Traitement médicamenteux au cours de la grossesse	Non	Non	Homéopathie
Avez-vous vous-même été allaité?	Oui	Oui	Oui
Avez-vous été formé pendant la grossesse à l'allaitement?	Oui	Oui	Oui
Par qui?	Médecin Généraliste	Sage-Femme	Sage-Femme
Durée de l'allaitement maternel?	1an et toujours en cours	9 mois toujours en cours	9 mois et demi
Grossesse			
Déroulement?	Grossesse compliquée , contractions utérines à 5 mois Peur d'avoir un Prématuro	Très bien	Bien
Décision d'allaiter avant pendant ou après l'accouchement?	Au moment	Avant	Avant
Arrêt de travail?	Oui, à partir 5 eme mois	Non	Non
Accouchement			
Terme de naissance	40SA	40SA	41SA +3
Déclenchement? Péridurale, césarienne?	Péridurale	Péridurale	Aucun
Nom de la maternité	CHU PDV	Joseph-Ducoing	Ambroise Paré
nombre de jours restés à la maternité	3 jours	5 jours	3
Poids du bébé à la naissance	4, 350kg	3,33	3,2
Sexe	Garçon	Garçon	Garçon
Mise au sein immédiate?	Oui	Oui	Oui
Contact avec les professionnels de santé	Mauvais	Très bien	Bien
Intervalle de temps entre chaque tétée?	Environ toutes les 2H30, à la demande	à la demande	à la demande
Tétine? Quel âge?	Jamais	Jamais	oui
Bébé gardé avec vous la nuit?	Oui	Oui	oui

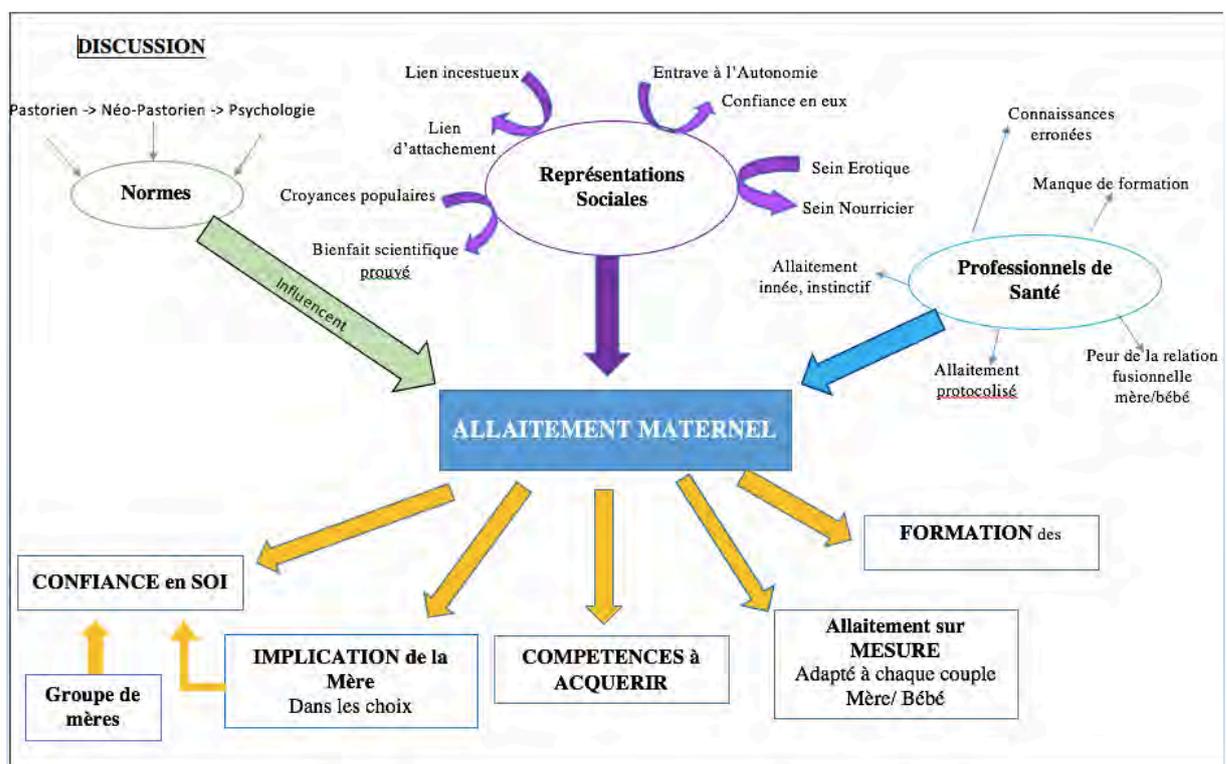
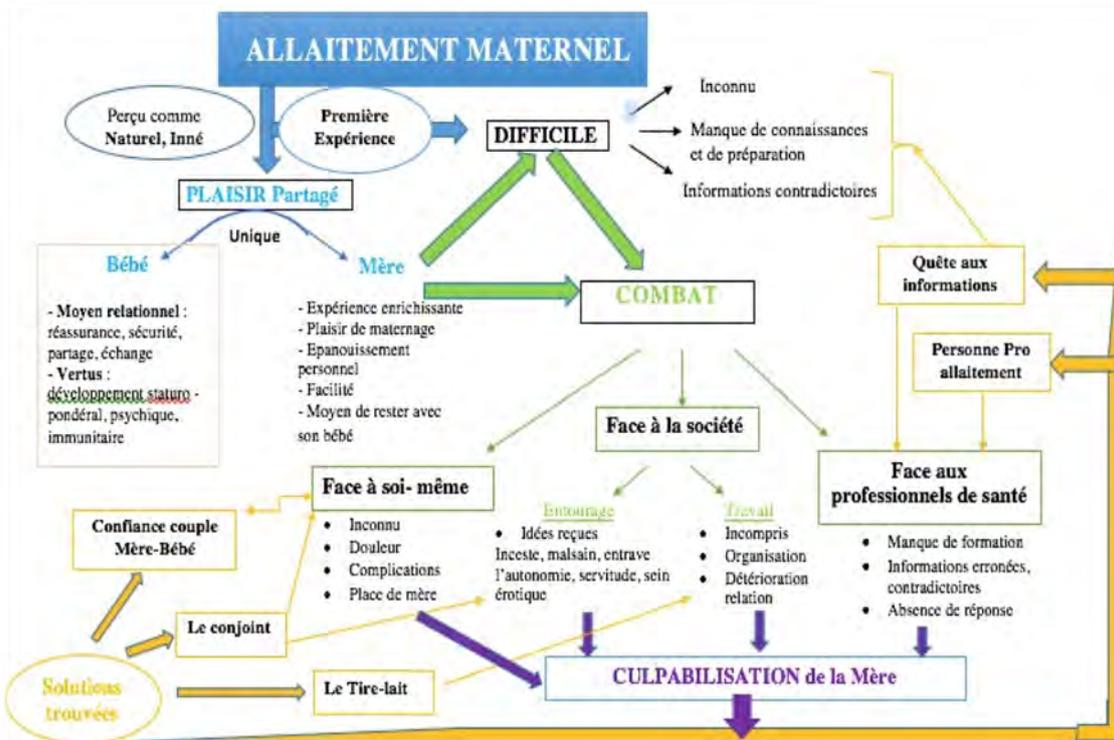
Caractéristiques Individuelles	Entretien 7	Entretien 8	Entretien 9
Prénoms modifiés	Saint joryLouise	Johanna	Mélodie
Age	30 ans	27 ans	36 ans
Nationalité	Française	Française	Française
Niveau d'étude / Profession	licence tapisier	Médecin	Assistante vétérinaire
Statut Marital	Mariée	Mariée	Concubinage
Nombre d'enfants	1	1	1
Aide PMA	non	Non	Non
Consommation alcool, tabac, toxique au cours de la grossesse	non	Non	1 verre de vin occasionnel 1 cigarette /j
Traitement médicamenteux au cours de la grossesse	non	Insuline, Spasfon	Spasfon
Avez-vous vous-même été allaité?	oui	Non	Oui
Avez-vous été formé pendant la grossesse à l'allaitement?	oui	Oui	Oui
Par qui?	Sage-Femme	Sage-Femme	Mère
Durée de l'allaitement maternel?	8 mois toujours en cours	7 mois toujours en cours	23 mois
Grossesse			
Déroulement?	Bien	Diabète gestionnel Mauvaise prise pondérale	Ras
Décision d'allaiter avant pendant ou après l'accouchement?	Avant	Pendant	Pendant
Arrêt de travail?	Non	Oui, au 5eme mois	Chomage
Accouchement			
Terme de naissance	40SA	39 SA	41 SA
Déclenchement? Péridurale, césarienne?	Déclenchement péridural et césarienne	Péridurale	Naturel
Nom de la maternité	Joseph-Ducoing	Ambroise Paré	CHIVA
nombre de jours restés à la maternité	5 jours	7 jours	4 jours
Poids du bébé à la naissance	4,22	3,160 kg	3,790 kg
Sexe	Garçon	Garçon	Fille
Mise au sein immédiate?	Oui	Oui	Oui
Contact avec les professionnels de santé	bon	Bon médecin, Moyen sage femme	Ras
Intervalle de temps entre chaque tétée?	A la demande	à la demande	à la demande
Tétine? Quel âge?	Jamais	Tétine à 3 mois	Non
Bébé gardé avec vous la nuit?	Oui	Oui	Oui

Caractéristiques Individuelles	Entretien 10	Entretien 11	Entretien 12
Prénoms modifiés	Amanda	Jeanne	Camille
Age	24 ans	35	35 ans
Nationalité	Française	Française	Française
Niveau d'étude / Profession	Educatrice jeunes enfants	Sage-Femme	Juriste
Statut Marital	Concubinage	Mariée	Mariée
Nombre d'enfants	2	1	2
Aide PMA	Non	Non	Non
Consommation alcool, tabac, toxique au cours de la grossesse	Non	Non	Non
Traitement médicamenteux au cours de la grossesse	Non	Utrogestan	Non
Avez-vous vous-même été allaité?	Oui	Non	Oui, pas beaucoup
Avez-vous été formé pendant la grossesse à l'allaitement?	Oui, brièvement	Oui, pas assez	Non, juste cours de préparation
Par qui?	Sage-Femme	Sage-Femme	Sage- Femme
Durée de l'allaitement maternel?	2 ans 1/2	6 mois et demi, toujours en cours	8 mois et 7 mois
Grossesse			
Déroulement?	Très Bien	MAP	Ras et Cholestase Gravidique
Décision d'allaiter avant pendant ou après l'accouchement?	Avant	Avant	Avant
Arrêt de travail?	Non	Oui, 13SA	Oui, 6eme mois (2 eme)
Accouchement			
Terme de naissance	41SA	40SA	37SA et 39SA
Déclenchement? Péridurale, césarienne?	Déclenchement + Péridurale	Péridurale	Péridurale et déclenchement au 2 eme
Nom de la maternité	CHIVA	CHIVA	Joseph ducing
nombre de jours restés à la maternité	3 jours	8 jours	3 jours
Poids du bébé à la naissance	2,800kg	3,240kg	3,440kg et 3,630 kg
Sexe	Fille	Fille	Garçons
Mise au sein immédiate?	Oui	Non	Oui
Contact avec les professionnels de santé	Moyen voir négatif	Très mauvais	Moyen
Intervalle de temps entre chaque tétée?	à la demande	très espacé, bébé perfusée avec complément	à la demande toutes les 3h env
Tétine? Quel âge?	Non	Oui 3 jours	Non
Bébé gardé avec vous la nuit?	Oui	Oui	Non

Caractéristiques Individuelles	Entretien 13	Entretien 14	Entretien 15
Prénoms modifiés	Faustine	Nathalie	Solange
Age	33ans	43 ans	29 ans
Nationalité	Française	Française	Française
Niveau d'étude / Profession	Bac +5 administrative	CAP (n'a pas eu son bac) employé dans un magasin de vêtement	Kinésithérapeute
Statut Marital	En couple	Mariée	En couple
Nombre d'enfants	2(jumeaux)	3	1
Aide PMA	Non	oui (don de sperme et d'ovules en Espagne)	Non
Consommation alcool, tabac, toxique au cours de la grossesse	acide folique fer cortisone	Non	Alcool en début de grossesse
Traitement médicamenteux au cours de la grossesse	oui 3 semaines echec	?	Médicaments autorisés
Avez-vous vous-même été allaité?	Non	Non	Non
Avez-vous été formé pendant la grossesse à l'allaitement?			Non
Par qui?			
Durée de l'allaitement maternel?	12 mois en cours	16 mois en cours	8 mois en cours
Grossesse			
Déroulement?	cahotique hospitalisation	très bien	Bien déroulé
Décision d'allaiter avant pendant ou après l'accouchement?	Avt pdt après	Avant	Avant
Arrêt de travail?	oui 5j avt congé patho	4 mois avant	A 33 semaines
Accouchement			
Terme de naissance	35+5	19 jours avant le terme	33SA
Déclenchement? Péridurale, césarienne?	césarienne programmé hypotrophie placentaire	Césarienne	péridurale
Nom de la maternité	PDV	Joseph Ducoing	Sarrus teinturiers
nombre de jours restés à la maternité	Maman 4j bébé 17	5 jours	2jelle, 3 semaines bébé
Poids du bébé à la naissance	2.320(F) 1'320(G)	2,240; 2,270	
Sexe	Fille et Garçon	deux filles	garçon 2,1
Mise au sein immédiate?	non	oui	Non
Contact avec les professionnels de santé	plutôt bof	bon	bien
Intervalle de temps entre chaque tétée?	Tire lait ttes les 3h et SNG pr les bébés	à la demande	Toutes les 3h
Tétine? Quel âge?	dés la naissance	non	dés la naissance pour soins
Bébé gardé avec vous la nuit?	On dort tjrs ensemble tous à ce jour	non chacun sa chambre	32 semaines en cododo

Caractéristiques Individuelles	Entretien 16	Entretien 17
Prénoms modifiés	Claire	Kelly
Age	39 ans	16 ans
Nationalité	Française	Française
Niveau d'étude / Profession	Mère au foyer	Arrêt école
Statut Marital	Mariée	célibataire
Nombre d'enfants	3	1
Aide PMA	Non	Non
Consommation alcool, tabac, toxique au cours de la grossesse	Cigarettes	Cigarettes
Traitement médicamenteux au cours de la grossesse	Non	pasfon, Dolip
Avez-vous vous-même été allaité?	Oui	?
Avez-vous été formé pendant la grossesse à l'allaitement?	Non	Non
Par qui?		
Durée de l'allaitement maternel?	10 mois	7 mois
Grossesse		
Déroulement?	Parfait	Dur
Décision d'allaiter avant pendant ou après l'accouchement?	Navant	Au moment
Arrêt de travail?	Non	Non
Accouchement		
Terme de naissance	38SA	39SA
Déclenchement? Péridurale, césarienne?	Non	Péridurale
Nom de la maternité	PDV	PDV
nombre de jours restés à la maternité	2jours	6jours
Poids du bébé à la naissance	4kg030	2kg500
Sexe	Garçon	File
Mise au sein immédiate?	Oui	Oui
Contact avec les professionnels de santé	Très bien	Très bien
Intervalle de temps entre chaque tétée?	à la demande	à la demande
Tétine? Quel âge?	Oui	Oui
Bébé gardé avec vous la nuit?	Non	Non

Annexe X: Schéma récapitulatif des résultats et de la discussion



Allaitement maternel: L'expérience des femmes ayant allaité plus de six mois en Midi-Pyrénées.

Contexte : L'OMS recommande un allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois, or la durée moyenne d'allaitement exclusif en France est de 3 semaines et demi. **Méthode** : L'objectif de l'étude était de décrire le ressenti des femmes françaises ayant allaité plus de 6 mois, leurs expériences, leurs difficultés ainsi que le rôle du monde médical. La recherche s'appuyait sur une méthode qualitative par entretiens semi-dirigés. **Résultats** : 17 personnes ayant allaité plus de 6 mois, ont été rencontrées en France entre janvier 2016 et décembre 2016. L'allaitement était vécu comme un plaisir mère-bébé partagé, source de nombreuses vertus grâce au moyen relationnel qu'il créait. Perçu comme naturel et inné, l'allaitement restait néanmoins difficile. L'inconnu du début, le manque de connaissances voire les discours contradictoires étaient sources d'angoisse pour les mères. L'information était difficile à trouver. L'allaitement long était perçu comme un combat face à soi-même, face à la société, face aux saignants. Ressenti comme une entrave à l'autonomie voire comme un lien incestueux, les mères étaient culpabilisées. Les saignants se montraient hostiles, décourageants au maintien de l'allaitement. De nombreuses solutions: tire-lait, soutien du conjoint, consultation de personnes pro allaitantes, quête d'informations et surtout la confiance dans le couple mère-bébé permettaient de relever ce défi. **Discussion**: L'allaitement long est paralysé par des normes variables source de confusion. Les représentations sociales sont erronées ce qui fausse la vision de l'allaitement: entrave à l'autonomie, lien incestueux, sein érotique. Le médecin généraliste semble être la personne de ressource pour informer, soutenir et aider les femmes, mais cela passe par une formation complémentaire de qualité. L'allaitement apparaît comme une compétence à acquérir, d'où la nécessité de bien s'informer avant. Il passe par une confiance de la mère en soi et en son bébé. Le soutien et l'écoute des groupes de mères semblent essentiels dans la poursuite de l'allaitement. **Conclusion** : L'allaitement prolongé est un combat dans cette société normative. Compétences à acquérir pour la mère, l'allaitement demande une formation des professionnels de santé pour obtenir un allaitement spécifique à chaque couple mère-bébé : un allaitement sur mesure.

Breastfeeding: Experience of women having breast-fed more than six months in Midi Pyrenees

Background: OMS recommends exclusive breastfeeding for up to 6 months, but the average duration of exclusive breastfeeding in France is three and a half weeks. **Methods**: The objective of the study was to describe the feelings of French women who had been breastfeeding more than 6 months, their experiences, their difficulties and the role of the medical world. The research was based on a qualitative method using semi-directed interviews. **Results**: 17 people having breastfed more than 6 months, were met in France between January 2016 and December 2016. Breastfeeding was experienced as a shared mother-baby pleasure, source of many virtues thanks to the relational means that it created. Perceived as natural and innate, breastfeeding nevertheless remained difficult. The unknown at the beginning, the lack of knowledge and even contradictory speeches were sources of anguish for the mothers. Information was difficult to find. Long-term breastfeeding was perceived as a struggle with oneself, in front of society, in front of the caregivers. Felt as a hindrance to autonomy or even as an incestuous bond, mothers were guilty. Caregivers were hostile, discouraging in maintaining breastfeeding. Numerous solutions: breast pump, spousal support, consultation of pro-lactating people, quest for information and above all trust in the mother-baby couple made it possible to meet this challenge. **Discussion**: Long lactation is paralyzed by variable standards of confusion. Social representations are erroneous which distorts the vision of breastfeeding: impairment of autonomy, incestuous link, erotic breast. The general practitioner seems to be the resource person for informing, supporting and helping women, but this requires a quality supplementary training. Breastfeeding appears to be a skill to acquire, hence the need to be well informed beforehand. It passes through a confidence of the mother in itself and in its baby. Supporting and listening to groups of mothers seems essential in continuing breastfeeding. **Conclusion**: Prolonged breastfeeding is a struggle in this normative society. Able to acquire for the mother, breastfeeding requires training of health professionals to obtain a specific breast-feeding for each mother-baby couple: a customized breastfeeding.

Discipline administrative: MEDECINE GENERALE

Mots clefs: vécu, allaitement maternel, plus de 6 mois, étude qualitative

Key words: Experience, breastfeeding, more than six months, qualitative study

Faculté de médecine Rangueil- 133 route de Narbonne-31062 TOULOUSE Cedex 4- France
Directrice de Thèse : Docteure Anne FREYENS