

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE RANGUEIL

ANNÉE 2018

2018 TOU3 1127

2018 TOU3 1128

## THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par **Gwenaël LE RUMEUR** et **Sébastien DE BRAECKELAER**

Le mardi 4 décembre 2018

**Vécu de l'allaitement par les femmes médecins généralistes**

**libérales en Midi-Pyrénées**

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Directrice de thèse : **madame le Docteur Christine CERNA**

JURY :

**Madame le Professeur Marie Eve ROUGÉ BUGAT, Président**

**Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU, Assesseur**

**Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA, Assesseur**

**Madame le Docteur Christine CERNA, Assesseur**

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

**P.U. - P.H.**  
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAUVÉAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALVAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
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 (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

**P.U. Médecine générale**  
M. OUSTRIC Stéphane

Médecine Générale

**P.U. - P.H.**  
2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIE Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

**P.U. Médecine générale**  
M. MESTHÉ Pierre

Médecine Générale

**P.A Médecine générale**  
POUTRAIN Jean-Christophe

Médecine Générale

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL**

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. AGAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURRA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GRILLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVAZE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
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 (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	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

**P.U. - P.H.**

2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

**P.U. Médecine générale**

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve Médecine Générale

Professeur Associé en O.R.L.  
Pr WOISARD Virginie

**M.C.U. - P.H.**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andra	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
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. HAMDJ 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
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
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. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

**M.C.U. - P.H**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS 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
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. DEDOUT 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
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
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 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  
Mme ESCOURROU Brigitte

Médecine Générale  
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  
Dr LATROUS Leila

**Aux membres de notre jury,**

**Madame le Professeur Marie Eve ROUGÉ BUGAT,**

Président du jury

Professeur des Universités

Maître de stage Universitaire ambulatoire (Gynéco-pédiatrie)

Praticien Ambulatoire de Médecine Générale

Merci de nous accorder de votre temps précieux, nous espérons que ce travail sera à la hauteur de vos attentes. Recevez l'expression de notre profond respect.

**Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU,**

Maître de Conférences Universitaire

Maître de stage Universitaire

Praticien Ambulatoire en Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur de faire partie de notre jury, veuillez trouver l'expression de notre sincère reconnaissance.

**Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA**

Maître de conférences associé en médecine générale

Maître de stage universitaire

Praticien spécialiste en médecine générale

Vous nous faites l'honneur de siéger à notre jury de thèse. Veuillez trouver en ce travail l'expression de notre profonde gratitude.

**Madame le Docteur Christine CERNA,**

Directrice de thèse

Maître de stage Universitaire

Praticien Ambulatoire de Médecine Générale

Merci pour votre patience, pour les heures que vous nous avez accordées, pour vos conseils, pour votre écoute et pour vos dimanches après-midi. Grâce à vous, ce travail est devenu possible. Merci pour votre confiance.

**À toutes ces femmes qui ont accepté de nous rencontrer**, sans qui ce travail n'aurait pas pu se faire ; vous nous avez fait l'honneur d'accepter de participer à ce travail. Recevez l'expression de notre plus grand respect, ainsi que nos plus sincères remerciements. Nous vous souhaitons le meilleur pour l'avenir.

## Remerciements de Gwenaël

À **Maxime**, merci de ta présence au quotidien, de ton soutien et pour ces instants partagés depuis sept ans. Je suis heureuse de pouvoir construire ma vie avec toi. À nos futurs moments loin de la médecine, vivement la fin de l'internat pour toi aussi.

À **Maman, Papa et Gaëtan**, merci pour les valeurs que vous m'avez transmises et d'être présents pour tous les moments de ma vie. Vous m'avez accompagnée et soutenue dans ce long chemin des études de médecine, onze ans en tout, avec des bons et mauvais moments ! Merci de m'avoir encouragée je suis très heureuse du résultat.

À **Mamie**, merci pour tous ces moments passés en ta présence, aux vacances d'été, aux framboises, à ton gratin de choux-fleur, ta générosité, à tous les bons moments futurs.

À **Tonton Marc et Tata Sylvana**, merci d'être venus me voir pour ce grand jour. Une pensée pour mes cousins Rémy et Arnaud.

À **Lola**, merci pour toutes ces vacances passées ensemble, pour le crumble et sa pâte crue.

À **Véronique, Thierry, Huberte, Daniel, Brice et Cloé**, merci de m'accueillir dans votre famille.

À **Isabelle et Philippe**, merci d'être là en ce jour spécial.

À **mes amis de lycée Justine, Lisa, Corentin et Nicolas**, que de chemin parcouru par chacun, dans la joie et la tristesse, du bac jusqu'à notre vie d'adulte épanouie. Merci de faire encore partie de ma vie.

À **mes amis de médecine de la 2e année à la 6e, et encore plus maintenant : Béatrice, Camille, Johan, Lucile, Pauline, Maxime et Sébastien**, je n'ose pas imaginer ces longues années d'externat sans vous. Vous avez été mes compagnons de route et mes piliers. Merci d'être là pour partager nos super week-ends aux quatre coins de la France et se retrouver comme on s'était quitté.

À **Antoine**, inventeur des meilleurs surnoms, merci pour ta présence auprès de Sébastien, de ton regard extérieur au monde de la Médecine et ta mayonnaise.

**Aux amis de Maxime qui sont maintenant devenus les miens, Julien, Chloé, Sébastien et Sophie,** merci pour nos séjours gastronomiques, les heures passées à refaire le monde au coin du feu et boire du thé en jouant au Mah-jong. Ces moments loin du quotidien sont très importants pour moi.

**À mes amis de l'internat et plus, Agathe, Claire et Thomas,** merci pour ces moments de partages en toute simplicité, à votre bienveillance et gentillesse, à nos « petits » repas.

**Aux autres belles rencontres,** une pensée particulière pour les Castrais que je suis toujours heureuse de retrouver.

**À tous ceux que je n'ai pas cités.**

**Un grand merci à Maman, Sophie, Maxime et Antoine pour leur relecture.**

**Et pour finir à Sébastien,** nous nous sommes construits au fil des ans côte à côte dans nos études de médecine et dans notre vie personnelle, merci de m'accompagner dans ce long chemin qu'est la thèse, de m'avoir supportée et soutenue. Je suis heureuse de franchir ce grand pas avec toi.

## Remerciements de Sébastien

**Merci Antoine**, d'être le rayon de soleil et le sourire qui magnifient mes journées. Que d'années de bonheur innocent à tes côtés ! Toi et moi nous ne sommes qu'un. De Doha à Toulouse, en passant par Bali, Londres, Barcelone, Rome, Taormina, Dubrovnik, Hong Kong (dans ton avion), Bangkok, Jakarta, Arcachon, Sainte-Maxime, Buis, Paris, la « Moulmoule »... et Wissembourg, que d'aventures et encore tellement de choses à vivre ! Je suis si fier de toi. Merci pour ta relecture, tes corrections et ta patience qui ont permis de perfectionner cette thèse.

**Merci Maman**, pour ton amour sans limites, de m'avoir tout donné et transmis le sens du partage, pour tes blanquettes de veau et les apéros au coin du feu... Dix ans d'études ce fut long, mais avec ton soutien on y est arrivé.

**Merci Papa**, d'avoir toujours été là pour moi. Merci de m'avoir guidé et transmis ta curiosité, ton sens du détail et du travail bien fait, pour tous ces repas viets, les currys, les tartares...

**Merci Christiane**, pour ta douceur, ton écoute, tes mots toujours justes, tous nos dimanches bonheur, ces Noël's magiques, le yaourt à la banane et les gâteaux au pavot.

**Merci Matthieu**, pour ta gentillesse, ton grand cœur, et de m'avoir supporté pendant toutes ces années. Merci d'être mon petit frère.

**Merci à mes grands-parents**, Annie, Antoinette dite « Tounette », Jacques et Michel. Parce que vous êtes des grands-parents inégalables, tellement généreux, inspirants et si aimants. Merci pour les merveilleuses vacances qui finissent toujours trop tôt, les « rubiskubes », les brochettes chinoises, les malabars, le riz au lait, les histoires de famille... Je vous dois beaucoup de ce que je suis devenu. Vous êtes les piliers de mon épanouissement. Vous êtes simplement exceptionnels.

**Merci Claudine**, pour votre présence, votre joie de vivre communicative, votre brin de folie, pour tous ces moments partagés, de m'avoir amené Antoine, vos tartes flambées légendaires et tous vos bons petits plats.

**À toute ma famille présente ou à ceux qui ne peuvent pas être là**, Mathou, Polo, Camille, Faya et Marion, pensée toute spéciale pour ma super tatie Nathalie, Denis, Minouche, Flo, Bertrand, Lulu, Virgile, Audrey, Baptiste, Clara, Éline, Isa et Christophe, Lola, Mat Duf, Ève, Thomas, Jean et tous les autres, parce que vous avoir tous auprès de moi est une grande chance.

**Merci Béatrice, Camille, Maxime, Johan, Gwen, Lucile et Pauline**, à mes côtés depuis la première heure de médecine. On a grandi ensemble et nous avons tant partagé. Merci pour tous ces fous rires, ces soirées sans fin, les week-ends « trouduc team » et encore tant d'autres moments de bonheur. Sans oublier ces quelques policiers choqués : « Où sont vos parents ? ». Pensées chaleureuses pour les parents de Béatrice, Madame et Monsieur Menu, pour leur accueil, leur gentillesse et nos séjours bordelais.

**Merci Agathe**, pour ta présence, tes salades bio, tes petits repas « vegan » et « healthy », aux inoubliables « vendredis gastro », ton soutien lors des longues soirées d'hiver, tes histoires de patients toujours décompensés et ta rage de réussir. Tu es parfaite !

**Merci Raül**, mon fidèle ami. Il est loin le temps du Quinquina, de la plage à Bidart. Mais on est toujours là l'un pour l'autre.

**Merci Claire, Thomas et Ninon**, ça a commencé en gériatrie, puis il y a eu la rue du Canard, les karaokés (« Ahhhh Toto, c'est notre chanson! »), votre mignonne Ninon et votre merveilleux mariage. Merci les amis.

**Merci Oriane, Chris, Azzedine, Rémy**, de la Villa tropézienne au Bikini, en passant par l'Alhambra. À nos conversations interminables, spammées par de trop nombreux GIF. Quelle joie de vous avoir à mes côtés au quotidien ! Que l'aventure continue !

**Merci à Stan, Élo, Marius, Louis, Mia, Guiguite, Anne-Laure, Maxence et Clément**, on s'est rencontrés en buvant du Cheval Blanc grand cru dans des gobelets en plastique, vous fêtiez la fin de l'ENAC. Et depuis, tellement de moments inoubliables, les moulmoules, Céline, le ski et ses hors-pistes effrayants, « calle-toi vieille ». Exception faite du jour où j'ai failli finir tétraplégique en canyoning...).

**Merci à la Fox-Te@m et les Foxettes, Matal, Christal, Djoul, Vikar, Isalarde...** de m'avoir fait partager vos Fox-délires, de m'avoir considéré comme l'un des vôtres, notamment lors du dernier Fox-mariage. J'espère un jour accéder au rang honorable de foxette :)

**Merci Martine** d'avoir été un maître de stage exemplaire, de m'avoir ouvert votre porte et transmis votre amour de la médecine.

**Merci Christian**, pour ta bienveillance, tes conseils avisés, ton accueil, d'avoir toujours été là, d'abord pour Antoine et maintenant pour nous deux, même dans les moments les plus difficiles, de trouver les mots justes.

**Merci Anne et Denis**, vous êtes pour moi des modèles de tolérance, d'ouverture d'esprit et de partage. Votre culture universelle, vos expressions inventées (« pourrigayte »), votre humour juste, votre savoir, et votre grand cœur, font de vous des gens précieux.

**Merci Madame K., « Denise Killy »**, pour vos belles histoires, votre curiosité, votre jeunesse éternelle, vos délicieux repas toujours plus novateurs et toutes vos attentions. Vous pouvez m'appeler Docteur.

**Merci à tous ceux que je n'ai pas cités**, Hélio, Laurent Morisson, Matthieu Ob., Pauline T., Mandy, Morgane, Annabelle, Marie P., Delphine B., Pelote, Pascal et Marc, merci de faire partie de ma vie

**Merci à tous nos relecteurs**, dont Antoine et Sophie, pour votre travail de petites fourmies.

**Et enfin merci Gwenou**, que d'années d'études, de galères, de rires, pour en arriver là, ensemble. De l'eau a coulé sous les ponts depuis l'intégration, et nos « déguisements ». Cette thèse est une belle étape de notre histoire d'amitié. Quel honneur d'obtenir le grade de Docteur à tes côtés.

*« Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun : l'épanouissement de chacun dans le respect des différences. »*

Françoise Dolto

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b>	<b>16</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODE</b>	<b>18</b>
I. Choix de la méthode qualitative	18
II. Choix des entretiens semi-dirigés	18
III. Population cible et recrutement	18
III. Éthique et confidentialité	19
IV. Recherche bibliographique	19
V. Élaboration du guide d'entretien	20
VI. Réalisation des entretiens	21
VII. Analyse des données	21
<b>RÉSULTATS</b>	<b>23</b>
I. Caractéristiques de l'échantillonnage	23
II. Nombre d'entretiens réalisés et saturation des données	24
III. Influence du métier de médecin généraliste sur l'allaitement	24
1 - Influences positives liées à la profession	24
A - Avantages liés aux connaissances	24
B - Avantages liés au cadre libéral	25
2 - Influences négatives	26
A - Contraintes organisationnelles au travail	26
B - Contraintes financières et de durée du congé maternité	26
C - Contraintes liées aux connaissances et aux patients	26
3 - Influence neutre	27
IV. Raisons et moment des choix	27

1 - Choix de l'allaitement	27
A - Raisons du choix de l'allaitement	27
B - Moment du choix de l'allaitement	28
2 - Choix de l'établissement de soins	28
3 - Choix concernant les cours de préparation à l'accouchement	29
V. Organisation du travail pendant la grossesse, jusqu'à la reprise du travail	30
1 - Organisation du congé pendant le travail	30
2 - Organisation de la reprise pendant le congé maternité	31
3 - Organisation du travail, des gardes et de l'allaitement après la reprise	32
VI. Découverte et déroulement de l'allaitement	33
1 - Pendant le congé maternité	33
A - Leur expérience	33
B - Leurs ressentis	34
i) Influence de la prise de poids de l'enfant	34
ii) Entourage familial	35
iii) Jeune maman	35
2 - À la reprise du travail	35
A - Leur expérience	35
i) Tire-lait	35
ii) Soutien familial et aides extra-familiales	36
iii) Difficultés de l'allaitement à la reprise du travail	37
B - Leur ressenti	39
i) Vécu négatif	39
ii) Vécu positif	41

C - Raisons de la poursuite de l'allaitement	41
3 - Raisons de l'arrêt de l'allaitement	42
A - Leur expérience	42
B - Leur ressenti vis-à-vis de l'arrêt de l'allaitement	42
VII. Vécu du recours aux professionnels de santé	43
1 - Expérience des participantes face aux recours aux professionnels de santé	43
2 - Ressenti des participantes face au recours aux professionnels de santé	44
VIII. Expériences professionnelles de l'allaitement et suivi des patientes	46
1 - Connaissances universitaires	46
2 - Expérience professionnelle et personnelle vis-à-vis de l'allaitement	47
A - Influence de leur expérience professionnelle	47
B - Influence de leur expérience personnelle	49
IX. Être mère et médecin dans la société	49
1 - Dualité mère-médecin	49
2 - Être médecin et femme	50
3 - Réflexions autour de l'allaitement des médecins généralistes	51
4 - Leurs conseils aux consœurs qui souhaitent allaiter	52
<b>DISCUSSION</b>	<b>53</b>
I. Critiques de la méthode	53
1 - Forces de l'étude	53
2 - Limites de l'étude	53
A - Biais d'échantillonnage	53
B - Biais de recrutement	54
C - Biais liés à l'enquêteur	54

D - Biais d'interprétation	55
II. Être médecin et allaiter : avantage ou handicap ?	55
1 - Avantage	55
2 - Handicap	56
III. Attentes de la médecin soignée allaitante	58
IV. Être médecin et femme : des conséquences individuelles et collectives	59
<b>CONCLUSION</b>	<b>61</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	<b>63</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>67</b>
ANNEXE 1 : Lettre d'information	67
ANNEXE 2 : Formulaire de consentement	68
ANNEXE 3 : Avis favorable de la Commission d'éthique du DUMG	69
ANNEXE 4 : Guide d'entretien de l'étude avant modifications	70
ANNEXE 5 : Guide d'entretien de l'étude après modifications	71
ANNEXE 6 : Extrait d'entretien	74
ANNEXE 7 : Extrait de l'analyse des verbatims	75
ANNEXE 8 : Talon sociologique	76

## INTRODUCTION

Le lait maternel est recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé comme alimentation exclusive du nourrisson jusqu'à l'âge de six mois<sup>1</sup>. Cette recommandation est reprise en France en 2002 dans les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé<sup>2</sup> puis dans les Plans Nationaux Nutrition Santé successifs de 2005-2010 et 2011-2016<sup>3</sup>.

Le dernier chiffre fourni par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques en 2013 montre que la part des nourrissons allaités en France à la naissance s'élève à 66 %<sup>4</sup>. À titre de comparaison, ce taux est de 99 % en Norvège et en Suède et de 75 % en Allemagne.

Les durées médianes d'allaitement maternel en France seraient comprises entre 8 et 16 semaines<sup>5</sup>.

En tant qu'acteurs de soins de premier recours, les médecins généralistes sont en première ligne pour répondre aux questionnements de leurs patientes allaitantes. En 2017, une étude réalisée auprès des internes de Médecine Générale, a mis en évidence qu'ils jugeaient leur formation sur l'allaitement insuffisante<sup>6</sup>.

Les conséquences sont doubles pour les femmes médecins choisissant d'allaiter, car cela concerne non seulement leur propre allaitement, mais aussi celui de leurs patientes.

Notre travail bibliographique a permis de trouver des travaux portant sur le vécu de l'allaitement par les internes en médecine et les femmes de la population générale. Nous n'avons pas trouvé de bibliographie concernant les femmes médecins libérales allaitantes, cela justifie donc notre travail de recherche.

Comment les femmes médecins généralistes libérales ont-elles vécu l'allaitement de leur(s) enfant(s) dans le contexte socio-professionnel qui est le leur ?

Il nous a paru important de leur donner la parole, car elles vivent une expérience singulière à double titre.

À titre personnel, nous verrons que la médecin n'est jamais bien loin derrière la mère.

À titre professionnel, cette expérience aura aussi des répercussions sur la prise en charge des patientes allaitantes.

L'objectif principal de notre étude était d'explorer leur ressenti et l'objectif secondaire était de mettre à jour la singularité de la relation soignant-soigné dans le contexte de l'allaitement et non de la maladie. Nous avons utilisé la méthode qualitative, qui est mieux adaptée pour explorer ces éléments non quantifiables.

## **MATÉRIEL ET MÉTHODE**

### ***I. Choix de la méthode qualitative***

Dans ce travail, nous souhaitons étudier le vécu de l'allaitement des femmes médecins généralistes en Midi-Pyrénées, en leur donnant la parole. À notre connaissance, aucune étude n'a exploré le vécu de l'allaitement chez les femmes médecins généralistes.

La méthode qualitative, « basée sur l'observation et l'écoute, mettant en valeur et décrivant le discours et les attitudes des personnes interrogées ou observées »<sup>7</sup>, nous a semblé être la plus adaptée pour répondre à cette question de recherche.

### ***II. Choix des entretiens semi-dirigés***

La méthode choisie pour l'étude est une méthode qualitative par entretiens semi-dirigés individuels, en raison des déterminants affectifs et personnels du sujet abordé. L'objectif était de respecter l'intimité des participantes et de leur permettre de parler librement : « on obtient par ce moyen des données qui ont une richesse considérablement supérieure à celles fournies par bien d'autres méthodes »<sup>8</sup>.

L'utilisation d'un guide d'entretien permettait d'assurer une bonne reproductibilité.

### ***III. Population cible et recrutement***

Notre population cible concernait des femmes médecins généralistes libérales installées ou remplaçantes en Midi-Pyrénées (depuis, cette région a été fusionnée au Languedoc-Roussillon pour former la grande région d'Occitanie).

Afin de recruter les participantes, nous avons utilisé la technique « boule de neige » qui consiste en « l'identification des sujets d'intérêt à partir de personnes qui connaissent d'autres personnes susceptibles d'être de bons participants à une enquête »<sup>7</sup>.

Nous sommes partis des contacts de notre directrice de thèse, le Docteur Christine Cerna, puis chaque médecin nous soumettait des participantes potentielles que nous avons ensuite sélectionnées pour obtenir un panel diversifié.

Nous avons contacté les médecins par téléphone ou par e-mail afin de recueillir un accord verbal ou écrit avant de leur transmettre la fiche d'information (Annexe 1) expliquant le but et le déroulement de notre étude.

Lorsqu'un médecin acceptait de participer à l'étude, ses coordonnées étaient prises et un rendez-vous fixé.

Les participantes ont été sélectionnées en fonction de leur lieu d'exercice (rural ou urbain), de leur statut (médecin installée ou remplaçante) et sur le critère d'allaitement récent d'un ou plusieurs enfants. Il s'agissait donc d'un échantillonnage raisonné pour obtenir un panel équilibré au sein de la population d'étude.

### ***III. Éthique et confidentialité***

Notre projet de thèse, les versions successives du guide d'entretien (Annexes 4 et 5) ainsi que le formulaire de consentement des participantes (Annexe 2) ont été présentés à la Commission d'Éthique du département de médecine générale de Midi-Pyrénées, qui a donné son accord en date du 21 février 2018 (Annexe 3).

Le jour de l'entretien, nous avons expliqué à chaque volontaire les modalités de l'étude, l'anonymisation de toutes les données et la possibilité de retirer leur accord à tout moment.

Après nous être assurés de la compréhension de l'information délivrée, un formulaire de consentement était signé par la participante et par le chercheur.

### ***IV. Recherche bibliographique***

Nous avons construit notre guide d'entretien après un travail de recherche bibliographique sur les thèmes suivants : « allaitement, allaitement et travail, rapport soignant-soigné ». Nous nous sommes basés sur des données Pubmed, EM Premium et Sudoc pour les thèses, Cairn.info pour la vision sociologique.

Les équations de recherche suivantes ont été soumises, en français : allaitement médecin généraliste, allaitement des internes de médecine générale, causes d'arrêt de l'allaitement, allaitement et travail, le soignant soigné, soigner un médecin, féminisation de la médecine générale.

Au fur et à mesure des analyses et de l'émergence de nouvelles données, une nouvelle étape de recherche bibliographique était lancée. Nous avons également effectué des recherches sur l'analyse qualitative<sup>9</sup>.

## ***V. Élaboration du guide d'entretien***

Notre guide débutait par des questions générales en vue de réaliser le talon sociologique de notre étude (Annexe 8) : âge actuel, âge lors de la (des) grossesse(s), nombre d'enfants, état de santé des enfants, planification des grossesses, expériences antérieures de l'allaitement, tabac (consommation), situation familiale et professionnelle (mode et lieu d'installation, temps de travail, orientation gynéco-pédiatrique).

Afin d'avoir des entretiens les plus représentatifs possible, nous avons utilisé des questions ouvertes. Lorsque cela était nécessaire, nous avons fait des reformulations et des relances. Nous avons également respecté les blancs afin de faciliter la libre expression.

Notre premier guide d'entretien a été validé le 6 avril 2017 par notre directrice de thèse, le Docteur Christine Cerna. Il comportait les six thématiques suivantes : le choix de l'allaitement quand on est médecin généraliste, les mesures mises en place pour optimiser l'allaitement, leur expérience professionnelle concernant l'allaitement, la gestion de la reprise du travail avec allaitement, les influences du métier sur leur allaitement et, pour finir, les facteurs socio-professionnels favorisant et limitant l'allaitement.

Un premier entretien (Entretien EG1) a été réalisé afin de tester le guide. Au bout de trois entretiens, nous avons réorganisé notre questionnaire car la situation de soignant-soigné dans ce contexte de l'allaitement était fortement abordée de façon spontanée par les participantes (Annexes 4 et 5). Les modifications ont porté sur l'ordre des questions, et nous avons approfondi les questions concernant la prise en charge en tant que soignée et l'influence du métier sur l'allaitement.

En guise de synthèse, les participantes pouvaient adresser des conseils aux futures femmes médecins concernées.

## ***VI. Réalisation des entretiens***

Les entretiens se sont déroulés dans un lieu choisi par les participantes. La majorité a été réalisée au cabinet des médecins et l'un d'entre eux au domicile d'une des participantes. Seuls l'investigateur et le médecin volontaire étaient présents durant l'entretien. Les données ont été enregistrées grâce à un dictaphone.

## ***VII. Analyse des données***

Les entretiens ont été retranscrits en totalité par l'investigateur ayant réalisé l'entretien. Le travail de retranscription a été intégral, littéral, laissant apparaître les réactions affectives des femmes interrogées, leurs silences, leurs hésitations, leurs émotions (Annexe 6). Nous nous sommes attachés à ne pas interpréter leurs propos.

Ces données recueillies ont ensuite fait l'objet d'une analyse de type thématique. Celle-ci était d'abord réalisée séparément par chaque investigateur avant d'être mise en commun, avec double lecture systématique.

L'analyse a débuté par la codification des données grâce à un découpage de l'entretien en unités de sens. Les codes obtenus ont ensuite été regroupés dans un tableur Excel en catégories conceptuelles en fonction de l'idée qu'ils illustraient (Annexe 7). Cette étape n'a pu se faire qu'après l'analyse de plusieurs entretiens.

Nous avons utilisé un code couleur, les données de chaque entretien apparaissant sous une couleur différente (Annexe 7).

La mise en relation de ces catégories a permis l'émergence de sous-thèmes, secondairement regroupés en thèmes.

Tout au long de l'analyse, une triangulation des données a été réalisée entre les deux investigateurs et le tableau, en s'appuyant sur la réécoute et la relecture des entretiens. Lorsque les analyses différaient, un accord commun était établi en reprenant l'interprétation de l'interviewée, permettant une analyse finale commune. L'arrêt des entretiens a été possible une fois la saturation théorique des données atteinte, c'est-à-dire lorsque les deux derniers entretiens n'apportent plus d'élément nouveau en rapport avec notre question de

recherche. Nous sommes arrivés à saturation des données au bout du huitième entretien.  
Un examen supplémentaire a été réalisé afin de confirmer cet état.

## RÉSULTATS

### *I. Caractéristiques de l'échantillonnage*

Le talon sociologique résume l'intégralité des caractéristiques des femmes interrogées (Annexe 8).

Nous avons interrogé neuf médecins âgées de 28 à 45 ans.

La majorité des enfants sont nés en bonne santé, une médecin a eu un enfant prématuré et une autre deux enfants porteurs de malformations congénitales.

En ce qui concerne l'accouchement des participantes, on note, sur neuf médecins, deux menaces d'accouchement prématuré pour leurs deux grossesses, un déclenchement lié à une néphropathie, deux césariennes pour la même participante. Une médecin a fait des poussées de maladie inflammatoire en post-partum de ses deux enfants.

Les grossesses étaient planifiées, en grande majorité.

La grande majorité des médecins avait une expérience de l'allaitement, qu'elle soit familiale ou professionnelle.

Lors de leur allaitement, elles étaient âgées de 27 à 35 ans.

Les durées d'allaitement variaient d'un mois à deux ans.

La durée espérée de l'allaitement était la plus longue possible pour quatre médecins, et d'au moins deux mois, trois mois, six mois (deux médecins), voire neuf mois.

Aucune médecin ne consommait du tabac.

Toutes les médecins vivaient en couple avec la présence de deux revenus dans le couple.

Toutes les médecins exerçaient dans le cadre d'une activité de groupe.

Dans notre échantillon, cinq médecins exerçaient en semi-rural et quatre en secteur urbain. Six médecins étaient installées et deux remplaçaient ; une médecin exerçait comme remplaçante pour son premier enfant puis était installée pour son deuxième enfant.

La charge de travail hebdomadaire variait de 25 à 55 heures.

À leur reprise de travail et de façon concomitante à leur allaitement, quatre médecins réalisaient des gardes de permanence de soins.

Six médecins avaient une activité orientée vers la gynécologie et la pédiatrie, deux avaient une activité orientée vers la pédiatrie seulement et un médecin exerçait sans orientation particulière.

## ***II. Nombre d'entretiens réalisés et saturation des données***

Nous avons réalisé neuf entretiens semi-dirigés entre juin 2017 et mai 2018, en Haute-Garonne et dans le Tarn. La durée des entretiens variait de 30 à 52 minutes.

La saturation théorique des données a été obtenue au bout du huitième entretien, confirmée par la réalisation d'un entretien supplémentaire.

## ***III. Influence du métier de médecin généraliste sur l'allaitement***

### **1 - Influences positives liées à la profession**

#### **A - Avantages liés aux connaissances**

Les **connaissances théoriques** acquises par le médecin généraliste semblent être un avantage prédominant pour les femmes interrogées, puisque toutes l'ont mentionné au moins une fois : « la formation de médecin est un facteur positif pour l'allaitement » (EG2) ; une autre médecin indique : « favorisant, c'est que l'on connaît le bénéfice de l'allaitement pour l'enfant, pour la maman, pour le lien familial » (ES4). Les connaissances théoriques sensibilisent aux bénéfices de l'allaitement et permettent d'anticiper les difficultés : « je dirais dans l'autre sens que j'étais mieux préparée » (ES1) ou encore « de par ma formation sur l'allaitement, j'avais les réponses aux soucis rencontrés » (ES2).

Ces **connaissances professionnelles** sur les bénéfices généraux ont influencé le choix de l'allaitement : « en tant que médecin [j'ai choisi d'allaiter] pour les bienfaits physiologiques de l'allaitement » (ES2), « [j'ai choisi d'allaiter] pour les études, tous les bénéfices de l'allaitement et tout ça » (ES3).

La connaissance d'un **réseau de professionnels de santé** est également un axe appuyé par toutes les participantes de l'étude. Ce facteur est facilitant pour les femmes médecins : « j'avais une position très confortable, car je savais à qui demander de l'aide » (ES2), « on sait où demander les conseils aussi » (EG1) ; elles le citent comme un avantage assez spécifique : « je pense que c'est une force que n'ont pas forcément toutes les mamans [le réseau] » (EG3).

D'autres influences positives sont apparues moins marquées, notamment pour la majorité des participantes, le métier confère plus d'**assurance** ou de **confiance** dans le déroulement de l'allaitement, **moins d'inquiétudes** vis-à-vis des difficultés rencontrées : « on s'inquiète moins sur les petits maux » (EG1), « c'est rassurant [d'être médecin] » (ES2), « on est plus vite rassurée par le fait d'être médecin » (EG1) ; les connaissances sur l'allaitement sont vécues comme rassurantes : « J'avais moins peur de l'inconnu [étant médecin] » (ES1).

Sont également apparues comme des avantages, la capacité d'**anticipation des complications** de l'allaitement : « c'est sûr que par le fait d'être médecin, dès que l'on voit que l'on s'engorge un petit peu, peut-être [qu'on le repère plus facilement] » (EG3), « j'étais préparée aux difficultés qui allaient venir » (ES1), et la capacité à **obtenir des informations scientifiques validées** : « j'ai beaucoup regardé le site de la Leche League, qui est un site de promotion de l'allaitement » (ES1), « je savais où trouver des informations » (ES1) ou encore « j'ai récupéré des cours de DU d'allaitement » (ES2).

## **B - Avantages liés au cadre libéral**

Le cadre libéral offre une certaine **liberté dans le choix du planning**. Cela ressort nettement, puisque la majorité en parlent : « car je peux adapter mon planning » (ES1), « le rythme de travail, je l'avais adapté, justement pour que ce ne soit pas trop intense » (EG2), « le fait d'être libérale permet justement d'adapter son rythme de travail » (ES3).

On note également que l'exercice libéral donne accès à des **locaux pour tirer le lait** : « je suis dans mon bureau donc je faisais ce que je voulais » (ES2).

Pour conclure sur l'influence de la profession, un faible nombre des médecins ajoutent que le métier est facilitateur, vis-à-vis de l'allaitement, d'une manière générale : « finalement, mon métier a été plutôt bénéfique » (ES4).

## **2 - Influences négatives**

### **A - Contraintes organisationnelles au travail**

Le premier thème retrouvé est la contrainte organisationnelle. Il s'agit d'un argument négatif fort que citent toutes les participantes. Elle s'articule autour de deux axes :

- **La charge de travail élevée** : « est limitant le rythme de travail qui peut être assez soutenu » (EG4), « je pense qu'en tant que médecin, on a énormément de contraintes » (EG1).
- **Le temps de travail soutenu** : « travailler dans un cabinet médical et [...] ne pas avoir beaucoup de temps pour tirer son lait » (ES1) ; la difficulté à organiser le travail, l'allaitement et le quotidien : « le manque de temps pour tout gérer en plus de l'allaitement... » (EG4).

### **B - Contraintes financières et de durée du congé maternité**

La **rémunération limitée du congé maternité** est ressentie comme contraignante. Les participantes en parlent : « je savais qu'il fallait être raisonnable les années où tu faisais des enfants [...] enfin moi, ça m'a coûté 10 000 euros » (EG3), « si j'ai repris le boulot, c'est parce que financièrement il fallait payer les charges » (EG1). Une participante évoque le mauvais choix de prévoyance, pour expliquer une trop faible rémunération, pendant le congé maternité : « je n'ai peut-être pas pris la bonne prévoyance non plus » (EG3).

Elles parlent de la durée **insuffisante du congé maternité** : « les facteurs limitants, c'est évidemment le fait que l'on soit limitée au niveau du congé maternité » (EG3), « le congé qui est trop court » (ES3).

### **C - Contraintes liées aux connaissances et aux patients**

La plupart des médecins interrogées décrivent des **inquiétudes liées à leur savoir médical**. Par exemple, « le fait d'être médecin a créé un facteur stress, qui a freiné encore plus

l'allaitement » (ES9), « ça m'a fait peur de pouvoir imaginer ce qui peut se passer » (ES3) ou encore « on prend des réflexes et on s'inquiète plus vite » (EG3).

Les **contraintes liées aux patients** sont citées par beaucoup de participantes lors des interviews : « il ne faut pas écouter toutes les contraintes que l'on a avec les patients [...] » (EG1), « du coup, ils sont contents de nous revoir, et on est inondée de rendez-vous » (ES3).

### **3 - Influence neutre**

Pour certaines, la profession n'a **pas eu d'influence** sur le déroulement de leur allaitement : « mon métier, je ne trouve pas qu'il influence l'allaitement » (EG2), « donc non, cela n'a pas influencé. » (ES3) ou encore « je ne sais pas si en faisant un autre travail, cela aurait changé quelque chose » (EG1).

Il n'y a pas eu d'**influence du métier sur le choix** de l'allaitement maternel, pour la majorité des médecins interrogées : « sur la décision : non, c'était sûr [car je savais] dans ma tête depuis longtemps, que j'allais allaiter » (EG4), « pas d'influence de la formation de médecin, sur la décision d'allaiter » (EG3).

## ***IV. Raisons et moment des choix***

### **1 - Choix de l'allaitement**

#### **A - Raisons du choix de l'allaitement**

Les  **bénéfices mère-enfant** semblent être une motivation forte en faveur du choix de l'allaitement. La recherche de bénéfices **nutritionnels** et **immunitaires** pour l'enfant est prépondérante : « j'ai choisi d'allaiter mes enfants, car cela me semblait l'alimentation la plus adaptée pour mes bébés » (EG3), « pour ses défenses immunitaires, donc pour la protéger au niveau immunitaire » (EG4). Favoriser une **interaction** mère-enfant semble important pour la majorité des médecins interrogées : « niveau relationnel avec mon enfant, pour tisser un lien » (ES4), « à la base [pour] la relation avec le petit loup » (ES2). L'existence de bénéfices maternels est moins exprimée par les médecins : « une perte de poids rapide » (EG1), « la prévention du cancer du sein » (ES1).

D'autres motivations pour l'allaitement ont émergé de l'analyse comme la présence d'un **désir** fort d'allaiter : « c'était déjà un désir à la base » (ES3), « j'avais vraiment envie » (EG3),

ainsi que l'orientation vers une solution **physiologique et naturelle** « surtout le côté plus naturel » (ES4), « l'aspect physiologique [de l'allaitement] » (EG4).

Pour certaines participantes, ce choix est **culturel** : « j'ai été élevée dans cette culture de l'allaitement » (EG4) « dans ma famille, comme je disais, on allaitait, j'ai toujours vu ça » (ES3).

Pour une médecin, ce choix s'accompagne de **praticité** : « ne pas s'embêter avec le lait, l'eau, les biberons » (EG1) pour une autre, c'est l'occasion d'être **curieuse** : « vivre un peu toutes les expériences de la grossesse et de la maternité » (EG1).

Une médecin a fait le choix de ne pas allaiter son deuxième enfant, pour des raisons médicales et de contraintes professionnelles : « le choix de ne pas allaiter s'est fait par rapport à mon état de santé et à mon travail » (ES5).

## **B - Moment du choix de l'allaitement**

Une partie des médecins avait pris la décision d'allaiter avant la grossesse : « pour moi ça a jamais fait de doute que j'allaiterai » (EG4), « je savais déjà avant de tomber enceinte que j'aimerais allaiter » (ES1) et pour la seconde partie, le choix s'est confirmé au cours de leur grossesse : « pendant la grossesse très tôt » (EG2), « enfin ça s'est fait pendant la grossesse, surtout à partir du cinquième, sixième mois » (ES4). Pour aucune d'entre elles, le choix ne s'est fait en post-partum.

### **2 - Choix de l'établissement de soins**

Le choix de la maternité est fortement influencé par l'**expérience professionnelle**. Les médecins y ont réalisé des **stages**, lors de leur cursus : « je suis allée accoucher dans la clinique où j'avais fait [...] des stages » (ES5), « car j'ai fait un stage là bas et je sais que c'est une maternité bien » (ES1) ou ont pris conseil auprès de leurs confrères : « j'ai pris conseil auprès de confrères, donc cela a été influencé par mon métier » (EG2). Leur choix a été influencé par les **retours de leurs patients** : « en tout cas de savoir ce qui se passait dans certaines cliniques et hôpitaux, m'a décidée de ne pas y aller » (ES3), « après j'ai des patientes qui ont accouché à ... et qui étaient contentes » (ES1). Une minorité des médecins

affirment qu'il n'y a pas eu d'influence de leur expérience professionnelle, dans le choix de la maternité : « À ce moment-là peut être pas ! » (EG4), « moi j'en avais aucune idée » (EG1).

Le choix de la maternité est aussi influencé par d'autres facteurs : la **proximité**, « on a regardé sur Google Maps, quelle était la clinique la plus proche de chez nous » (EG1), « pour le grand, j'ai choisi la maternité la plus à côté » (EG3), **l'influence de l'entourage**, « on n'était plus sur Toulouse, j'ai demandé à des amies où elles me conseillaient d'aller, donc... » (EG2), « mais j'ai accouché dans la maternité où ma mère avait accouché » (EG4), la **prise en charge physiologique de l'accouchement**, « pour la seconde, j'ai pas du tout regretté d'être allée là-bas, c'était physiologique » (EG4) « [j'ai choisi cette maternité pour] le côté respect de l'accouchement cocooning » (ES2) et pour **garder un professionnel de santé**, « pour le 2e, j'ai suivi mon gynéco de PMA » (EG3).

### 3 - Choix concernant les cours de préparation à l'accouchement

La grande majorité des médecins a **choisi de participer** aux cours de préparation à l'accouchement, que ce soit en **groupe**, « les cours de préparation à l'accouchement, j'ai eu des cours avec une sage-femme en groupe » (ES1) ou en séances **individuelles**, « j'ai pas pris de cours collectifs, parce que c'était une petite ville, je voulais pas me retrouver avec des patientes » (EG2) ; une seule n'a pas pu y participer, car son accouchement a été déclenché plus tôt : « car on m'a déclenchée un mois avant et j'ai pas eu le temps de les programmer » (ES3).

Les objectifs attendus des cours de préparation à l'accouchement pour les participantes sont la **réassurance**, la **lutte contre l'anxiété** : « pour le premier c'était sophrologie [...], pour me désangoisser vis-à-vis de l'accouchement » (EG2), « enfin ça permet quand même, à une échéance proche de l'accouchement, de remettre les choses en place » (ES4) et la recherche de **connaissances complémentaires**, « car moi, je craignais d'avoir une péridurale, donc je voulais cadrer les choses » (EG4), « oui ça peut être largement utile, y'a plein de choses qu'on ne nous apprend pas en médecine, qui sont bien à apprendre » (EG4).

Elles parlent de la façon dont **l'allaitement a été traité** lors des cours de préparation à l'accouchement. Pour l'une d'entre elles, cela peut beaucoup apporter : « je pense que pour les femmes médecins qui n'ont pas encore une expérience de l'allaitement, c'est très utile » (ES4) ; pour une autre, c'est le contraire : « après pour l'allaitement [...] : non !! Parce que je

suis tombée sur une sage-femme qui n'était pas très pro-allaitement » (EG3). Plusieurs médecins soulignent que la qualité du contenu varie en **fonction de l'intervenant** : « parce que le contenu est libre pour les cours de préparation à l'accouchement, chaque sage-femme décide » (EG4).

Un médecin souligne que ses cours de préparation à l'accouchement lui ont permis de **renforcer ses connaissances et d'améliorer ses prises en charge professionnelles** : « on va dire, il m'a servi pour mes patientes, car j'ai appris plein de choses sur la péridurale » (EG4).

Concernant le vécu de ces cours de préparation à l'accouchement, la majorité des médecins les jugent **utiles** : « et puis on sait pas faire, c'est pas notre formation du tout... » (EG3), « on est médecin, on a jamais accouché » (EG1). Seulement deux ne partagent pas cet avis : « ce qui a été dit, je n'en ai pas tiré un grand bénéfice » (ES1).

## ***V. Organisation du travail pendant la grossesse, jusqu'à la reprise du travail***

La situation de la médecin en libéral nécessite une **organisation particulière** avant, pendant et après le congé maternité. Tout doit être anticipé, et nous allons le détailler dans ce chapitre.

### **1 - Organisation du congé pendant le travail**

La **recherche d'un remplaçant** est une charge organisationnelle pour les médecins installées, puisque toutes ont anticipée avant leur congé maternité.

Parmi elles, certaines ont eu des **difficultés** à trouver un relais, par exemple : « pendant les vacances d'été juillet-août [...] c'était un peu en pointillé » (EG1) ou encore, « ça a été compliqué de prévoir un remplaçant qui accepte de faire tout le congé maternité » (EG3). D'autres participantes ont trouvé des remplaçants **facilement** : « j'ai pas eu de difficulté à trouver une remplaçante » (ES4) et « j'avais pris une remplaçante pour toute la durée de mon congé maternité » (EG2).

Certaines n'ont **pas pris de remplaçant**, citons par exemple : « pour mon premier j'étais remplaçante, donc j'ai juste arrêté » (EG2).

À noter que, pour plusieurs médecins, en cas de remplacement non pourvu (sur une partie ou toute la période) le **relais a été assuré par les confrères du cabinet** : « les collègues ont pris les autres jours et puis ça s'est passé comme ça » (EG4). La plupart des participantes évoquent la **bienveillance de leurs collègues** du cabinet dans cette charge : « à chaque fois mes collègues m'ont mis à l'aise en me disant "ta priorité c'est ton bébé, on se débrouillera" [...] ça, c'était hyper soutenant, de savoir que je pouvais enlever le problème patient » (EG4).

## **2 - Organisation de la reprise pendant le congé maternité**

Pratiquement toutes les participantes ont le sentiment d'**avoir dû anticiper**, avant la reprise, **la poursuite de l'allaitement** maternel au travail.

Pour cela, beaucoup d'entre elles ont choisi de **faire des stocks de lait** maternel tiré : « j'avais fait beaucoup de stock » (EG1), « j'ai commencé à tirer mon lait, pour préparer la reprise » (EG3), « stocks de lait que j'ai mis au congélateur » (ES4), « donc trois semaines avant... j'ai commencé tirer et à congeler le lait, pour avoir des réserves » (ES1). Certaines participantes ont décidé de basculer sur un **allaitement mixte**, pour anticiper la reprise : « allaitement mixte, pour le deuxième, pour le jour où je vais reprendre » (EG2), « j'ai pris mon temps pour introduire le lait artificiel, je m'étais dit que quinze jours avant, je mettrais un biberon par jour et puis la semaine avant, un deuxième et à la reprise, un troisième » (EG4).

De nombreuses participantes ont prévu un **rythme de travail allégé** à la reprise : « le rythme de travail, je l'avais adapté justement pour que ce soit pas trop intense » (EG2), « ça [le rythme de travail] je l'ai calculé » (ES2).

Une minorité d'entre elles ont recherché des **informations** sur le déroulement de l'allaitement au travail : « je me suis renseignée sur l'allaitement et la reprise du travail, avec des documents officiels » (ES1), « j'ai également beaucoup beaucoup lu sur Internet ou des livres » (ES4).

Cependant certaines participantes n'ont **pas eu l'impression d'anticiper** : « j'ai pas mis de choses particulières en place » (EG4), « cela n'a pas été trop anticipé, mais ça s'est fait » (EG2), « en dehors de faire du stock de lait, pas d'autres mesures... » (ES2).

### 3 - Organisation du travail, des gardes et de l'allaitement après la reprise

De très nombreuses participantes ont choisi de **réduire leur rythme de travail** à la reprise, pour leur permettre de poursuivre l'allaitement au travail : « je suis pas à un temps plein de médecin, je suis à un temps plein de personne standard, à trente cinq heures » (ES2), « après je travaillais trois jours par semaine, de neuf heures à dix-neuf heures » (EG1). Certaines ont **aménagé des plages de repos** au travail, pour pouvoir allaiter : « il y a une heure de pause, j'arrive à me poser un peu » (ES1), « le rythme de travail, je l'avais adapté justement, pour que ce soit pas trop intense » (EG2), « je faisais sauter une consult[ation] de un quart d'heure » (ES1).

La plupart ont été contraintes de **faire des gardes** : « j'ai repris les gardes dès la reprise du boulot » (ES3), une autre médecin affirme qu'elle a dû être présente pour « les gardes de soirée » (EG4), « j'ai dû reprendre mes gardes » (ES4).

Certaines participantes ont été confrontées au **refus par les médecins de secteur de leur demande d'exemption**, pour pouvoir allaiter : « mes confrères n'ont pas voulu » (ES3), « ils comprennent pas que l'on puisse aménager l'emploi du temps pour l'allaitement » (EG1), « pas d'exemption ou de traitement de faveur... » (ES4) ou ont été confrontées au **manque d'empathie**, « j'étais un peu obligée, disons que c'était assez particulier, car je travaille dans un cabinet où travaillait mon collègue, qui est aussi responsable du planning de notre secteur ; ce qui fait que, quand j'ai repris le travail, il m'a remise de suite sur le planning [...] J'aurais été dans un cabinet différent, on aurait attendu la prochaine réunion de garde, pour que je revienne sur le planning » (ES4). D'autres n'ont **pas eu de garde** pendant leur allaitement, par choix ou car le secteur était couvert par SOS Médecins : « je ne prenais plus de gardes, aussi pour maintenir l'allaitement » (EG2), « j'ai été exemptée de façon non officielle, on va dire » (ES2).

Seulement une participante affirme avoir eu la possibilité de **poursuivre l'allaitement pendant ses gardes** : « il y a rarement eu de problème de ce côté-là » (ES4).

## **VI. Découverte et déroulement de l'allaitement**

### **1 - Pendant le congé maternité**

#### **A - Leur expérience**

Les **accouchements** des participantes se sont bien passés de façon générale sauf pour deux participantes, pour lesquels ils ont été précédés de menace d'accouchement prématuré « j'ai fait deux menaces d'accouchement prématuré [rires] » (EG3). Les enfants sont nés en bonne santé, hormis un enfant prématuré, « mais elle était prématurée et du coup, il fallait le plus vite possible lui donner mon, lait » (EG4) et deux enfants d'une même participante atteints de malformations congénitales, « ils ont tous les deux une malformation cardiaque » (EG3). Une participante a présenté une poussée inflammatoire en post-partum « la poussée de Crohn et ça n'a pas loupé et en plus, j'ai fait une poussée de spondylarthrite » (ES5).

Toutes les médecins n'ont pas abordé le thème de l'**initiation de leur allaitement**, mais une majorité n'a pas eu de difficulté : « dans les six premières heures, on a essayé toutes les positions et il tétait la tête en bas sans problème » (ES2), « dès qu'elle a ouvert un peu les yeux, c'est moi qui l'ai mise au sein » (EG1). En revanche une minorité des participantes expriment de franches difficultés à l'initiation ; pour une, cela est lié à l'incapacité de téter de son enfant prématuré : « je devais commencer à me tirer le lait pour commencer à activer les choses, y'avait rien qui sortait [...] ça faisait mal et surtout j'avais pas imaginé ça comme ça, mais j'étais hyper motivée et déterminée » (EG4) ; pour la seconde cela vient d'un manque de connaissances, « quand est-ce que je dois la mettre au sein ? » (ES3). Ces participantes ont pu surmonter leurs difficultés. Pour la première, en tirant son lait : « le premier mois, ma fille ne prenait pas à mon sein [...] il fallait que je lui tire le lait et que je lui donne » (EG4), et pour la seconde, en recherchant des informations : « j'ai appelé la Leche League [...] il y a plein de notions que j'ai apprises, car je voulais réussir mon allaitement » (ES3). Seule une participante a eu une **complication**, lors de son premier allaitement, liée à « un mauvais positionnement, des crevasses » (EG3).

Dans l'**entourage familial** c'est surtout les maris des participantes qui les soutiennent dans leur projet d'allaitement : « il est content [le mari], il veut que je continue, si bien sûr, je suis d'accord, il me soutient pour continuer » (ES1), « pour la grossesse et l'allaitement, il était là » (ES4). Certaines participantes parlent aussi de leur famille : « la famille s'est impliquée »

(ES2). Plusieurs participantes rapportent que leurs familles n'ont pas été intrusives, pendant la période d'initiation de l'allaitement : « ils m'ont laissé faire, ils nous ont laissé faire ! » (EG3), « justement ils savaient qu'il ne fallait pas trop me donner d'avis » (ES3), « non elle n'osait pas [sa maman], elle respectait le fait que j'avais envie de faire mon expérience par moi-même » (EG4) ; une seule participante exprime clairement ses difficultés avec sa famille à propos des conseils qu'elle souhaitait lui donner : « forcément la famille, ils ont toujours des remarques de la façon d'élever et de faire grandir un enfant [...], mais après, je reste leur fille et parfois ils font des remarques pour se rassurer » (ES1).

Concernant **la durée du congé maternité**, la grande majorité des participantes a repris le travail quand leur enfant avait entre deux mois et demi et trois mois : « il avait deux mois et demi, non trois mois » (ES1), « la durée du congé maternité, j'ai pris [la durée] normale » (EG1). Une seule médecin a pris un congé de maternité plus long : « le deuxième, j'ai repris [...] à presque quatre mois, par choix [...] mais du coup, avec la sécurité financière [du mari] » (ES2).

## **B - Leurs ressentis**

### *i) Influence de la prise de poids de l'enfant*

**La prise de poids** de l'enfant allaité a influencé le **sentiment positif et la confiance** des participantes : « vu qu'ils ont bien pris, cela ne m'a jamais mis la pression et c'était des beaux bébés » (EG1), « les premiers mois se sont très bien passés, donc cela m'a rassurée » (ES1), « du coup j'ai pu voir que mon ressenti sur le fait que ça se passe bien, collait avec le poids » (EG4). Pour une médecin en particulier, le poids de son enfant n'a pas généré d'inquiétudes : « j'étais jamais inquiète sur le poids, jamais, jamais [...] donc j'avais pas besoin de ça pour me rassurer » (ES2). Pour les autres participantes, une mauvaise prise pondérale a été source de **remise en question et de doutes** : « justement c'était le gros nerf de la guerre, euh, c'était sa mauvaise prise de poids, c'est ça qui a déclenché la consultation chez la pédiatre » (EG3), « il n'a pas pris assez de poids le mois dernier, mais effectivement, hier ça m'a démotivée par rapport à l'allaitement » (ES1), « du coup cela m'a stressée [...] j'ai eu beaucoup de doutes [...] je m'inquiétais beaucoup » (ES4).

## *ii) Entourage familial*

Pour une participante, les remarques de sa famille lui ont permis de débloquer une situation compliquée liée à l'allaitement, cela lui a permis de vivre un allaitement **plus serein** : « elle m'a dit : "ah, tu sais, tu devrais peut être la mettre comme ça [...] et c'est là qu'elle a branché et ma fille a réussi à tirer sur mon sein et ça a été la délivrance » (EG4).

Les participantes ne ressentent **pas de modification du comportement** de leur famille lié à leur profession, dans le contexte d'allaitement : « dans ma famille en particulier, ça ne les dérangeait pas que je sois médecin, pour m'aider, pour me donner des conseils » (ES4).

## *iii) Jeune maman*

En tant que **jeune maman**, plusieurs participantes ont rapporté avoir ressenti une plus grande **fragilité** pendant cette période, les rendant plus sensibles : « l'accouchement et tout ça c'est un moment qui nous fragilise beaucoup » (EG2), « avec les hormones [...] j'ai pleuré » (EG1), « t'as pas forcément le cerveau et les hormones qui ont envie de fonctionner comme un médecin à ce moment-là » (EG4). Certaines ont évoqué leur **anxiété** face à leur reprise du travail, à la fin du congé maternité : « c'est un peu la panique quand même, parce qu'il faut penser, qu'il faut que l'on reprenne » (EG3), « par contre, la reprise m'a fait un peu stresser », « je me disais que ça allait être difficile... (rires) » (ES4).

## **2 - À la reprise du travail**

### ***A - Leur expérience***

#### *i) Tire-lait*

La grande majorité des participantes a trouvé la solution du tire-lait pour **poursuivre leur allaitement maternel au travail** : « le tire-lait, pour avoir un peu de stock et avoir des biberons d'avance » (EG1).

L'emploi du tire-lait au travail nécessite d'**organiser son temps de travail**. Beaucoup des médecins parlent de cela : « oui, ça aussi ça demande un peu d'organisation » (ES1), « j'arrivais à m'aménager des pauses dans l'après-midi, pour tirer le lait » (EG1), « donc j'ai pris sur mon temps de consultation » (ES2). De nombreuses participantes réalisaient

d'**autres tâches**, en même temps que de tirer leur lait, pour optimiser et gagner du temps. Par exemple, taper des courriers : « j'ai tapé des courriers à des patients, pendant que je tirais mon lait » (ES1), lire des résultats d'examens, « pour pouvoir lire mes résultats d'examen et lire les courriers en même temps » (ES2), « donc j'ai tiré le lait en même temps que je lisais les bio et les courriers » (ES2), « je pouvais regarder mes mails en attendant, c'était déjà ça ! » (EG3) ou encore en mangeant, « je faisais cela entre midi et deux, avec le sandwich dans la bouche, les deux seins, avec le tire-lait » (EG2). Deux des médecins interrogées ont eu une tentative avortée de l'utilisation du tire-lait : « en fait ça n'a pas abouti » (ES3), « je n'ai pas pu retoucher à cette machine [le tire-lait] » (EG4).

Tirer le lait au travail n'est pas toujours facile et certaines participantes parlent de la nécessité d'**être détendue** pour y arriver : « il faut être hyper détendue pour tirer le lait » (EG1), « j'essaye de me mettre au calme » (ES1). D'après la majorité des médecins interrogées, le tire-lait implique également **une salle isolée** : « j'ai une salle pour tirer mon lait » (ES1), « je peux m'isoler pour allaiter » (EG1), « dans mon bureau tranquille » (EG3). De nombreuses participantes insistent sur le fait qu'elles ont eu besoin de « fermer la porte » (EG1) à clé, pour se sentir à l'aise : « je fermais la porte à clé » (EG3), « dans son bureau, on peut être au calme, en fermant à clé » (EG2).

Une fois le lait tiré, les femmes interrogées ont dû mettre en place toute une **logistique adaptée**, afin de pouvoir le conserver et le transporter. Plusieurs médecins en parlent : « je mettais le lait au frigo » (EG1), « il faut faire attention aux dates [de péremption] » (EG1), « et après je le transportais avec des pains de glace, dans la voiture, le soir » (ES1), « c'est vrai que de tirer mon lait c'était toute une industrie » (EG2).

En plus de tirer le lait, après la reprise, la majorité des médecins interrogées continuait **l'allaitement au sein**, lorsqu'elles étaient en présence du bébé : « je continue à lui donner le sein le matin, avant de partir au travail, le soir en rentrant, et une fois dans la nuit » (ES1), « dès que je rentre, hop au sein et la nuit, pareil... (rires) » (ES3), « du coup, j'allaitais le matin avant de partir, la nuit et le soir » (EG4).

## *ii) Soutien familial et aides extra-familiales*

Les participantes ont abordé le sujet du soutien familial et des aides extra-familiales. La plupart ont reçu le **soutien du papa**, dans le déroulement de leur allaitement, « il m'a pas

mal soutenue » (ES4), « mon conjoint est quand même pro-allaitement » (ES4), même si le soutien semble parfois **plutôt passif** : « donc comme je savais que [les pleurs du bébé] pouvaient durer longtemps, je le réveillais et je lui disais : prends ton tour ! » (EG4). Pour certaines participantes, le papa n'a pas soutenu la maman dans son allaitement et dans la maternité en général : « moi c'est pas mon mari qui leur donne à manger, qui les change et qui les couche » (EG2), « mon mari [n']est pas très disponible professionnellement » (ES2).

Plusieurs participantes n'ont pas été **soulagées par leur famille**, dans les difficultés rencontrées à la reprise du travail : « pas plus d'aide que ça » (ES4), « pas de famille sur place » (ES3), « pas d'aide de la famille » (EG4). Finalement, une seule participante a ressenti le besoin de parler du soutien familial indispensable qu'elle a reçu : « c'est important de pouvoir compter sur la famille » (EG2).

Certaines participantes n'avaient **pas de mode de garde** à la reprise et ont dû se débrouiller autrement, soit en reprenant à mi-temps (moitié du temps avec le mari), soit en demandant de l'aide à la famille : « nous n'avons pas de mode de garde, c'est un peu compliqué » (EG2), « car on avait pas de place en crèche » (ES3). La majorité des participantes a eu recours à **une nourrice** : « elle est allée en nourrice » (EG1), « il allait chez la nounou » (ES1), « j'amène ma fille le matin chez la nounou » (EG4).

### *iii) Difficultés de l'allaitement à la reprise du travail*

Les participantes ont évoqué des difficultés pour allaiter à la reprise du travail. Il s'agit d'un exercice particulier puisqu'il est cause de **fatigue** pour toutes les participantes.

En voici quelques explications :

- Les **réveils nocturnes** du bébé, avec nécessité pour la maman d'allaiter au sein : « mais plus la fatigue de se lever la nuit » (ES2), « du coup, j'étais très fatiguée [lié aux réveils nocturnes] » (EG2), « ça peut être fatiguant de se réveiller la nuit » (ES4).
- Le **lait maternel, moins coupe faim** que le lait artificiel, d'après les participantes, et qui serait responsable de plus de réveils nocturnes et donc de plus de fatigue : « du coup, il se réveillait beaucoup la nuit [le lait maternel est moins coupe-faim] » (EG2).
- Le **rythme de travail** associé à l'allaitement, pour une grande majorité des femmes interrogées : « je pense que depuis que j'ai repris le travail, je suis plus fatiguée »

(ES1), « de devoir tirer le lait et de devoir garder un créneau pour ça [cela fatigue]... » (ES4).

- **L'allaitement** en soi : « l'allaitement fatigue... » (ES3).

La majorité des participantes affirme que la fatigue liée à l'allaitement **influence négativement leurs capacités intellectuelles** : « on a donné toutes les forces qui nous restent, dans la concentration au boulot [retentissement, manque de sommeil] » (EG3) ; cette fatigue a induit des erreurs dans la pratique quotidienne : « ça m'est arrivé de penser : "mince, j'ai pas pensé à ça" [retentissement fatigue] » (EG3), « j'ai eu beaucoup de retour de la sécu [à cause de la fatigue] » (EG4), « j'ai pas mis droite, mais gauche [à cause de la fatigue] » (EG4), « des problèmes de papiers que j'avais mal remplis, ou des trucs comme ça [à cause de la fatigue] » (EG4).

Pour la quasi-totalité des médecins interrogées, **le travail a gêné l'allaitement** : « les journées de 12 h, c'est pas du tout favorable à l'allaitement » (EG2), « [la reprise du travail] a clairement gêné mon allaitement » (ES3), « le fait de travailler et de reprendre tôt le travail a une conséquence néfaste sur le déroulement de l'allaitement » (ES1). Une autre participante parle de baisse de la lactation, liés à la reprise du travail : « donc je produis un peu moins de lait [...] c'est dû à la reprise du travail » (ES1).

**S'isoler au travail a été une difficulté** supplémentaire pour de nombreuses participantes : « au boulot, j'ai pas réussi, j'étais pas détendue » (EG1), « on est toujours dérangée » (EG1), « avec le téléphone qui sonne » (EG3) ou liée au **bruit de la machine** : « il y a le tire-lait qui fait du bruit » (ES3), « j'avais trop peur qu'au téléphone les gens entendent le "ssshhhh pffff" ... » (EG3), « il y a le tire-lait qui fait du bruit » (ES3).

Certaines participantes décrivent des difficultés à allaiter du fait d'un épisode infectieux aigu chez la mère : « quand j'ai repris le travail, le week-end d'après, j'ai eu une grosse gastro ; je me suis déshydratée » (EG1) ou d'une pathologie du bébé, « en fait, c'est qu'il avait un gros reflux » (EG2).

D'autres femmes décrivent des difficultés dans la conduite de l'allaitement à la reprise du travail, liées au **manque de connaissances** ou **d'expérience** : « je n'avais pas l'expérience pour me traiter toute seule » (EG3) ou encore, l'exemple de cette médecin désemparée avec le tire-lait, « [je ne savais pas] quelle quantité de lait il fallait » (ES4).

Une minorité de participantes ne s'est pas sentie en difficulté : « je pensais que c'était impossible, mais j'ai réussi à conjuguer travail et allaitement » (ES4).

## B - Leur ressenti

### *i) Vécu négatif*

La reprise du travail, en continuant l'allaitement, a été **difficile à vivre** pour une majorité de participantes : « la reprise à deux mois [a été] compliquée » (EG4), « cette période a été difficile à gérer pour moi » (ES4), « Pfff ça [n']a pas aidé à continuer » (EG3). À tel point que l'une des candidates envisage de ne pas allaiter son futur enfant après la reprise : « honnêtement, pour le second, je pense pas que je tirerai mon lait » (EG2). La reprise du travail a généré de l'**anxiété** : « et là, on se dit, est-ce que je vais y arriver [...] ? » (EG2), « est-ce que je vais arriver à assurer le quotidien aussi ? » (EG2), une médecin décrit qu'elle a majoré son stress toute seule : « pression que je me suis quand même mise [toute seule] » (ES4).

À cause de la fatigue de l'allaitement, plusieurs participantes ont exprimé des **doutes sur leurs compétences professionnelles** : « est-ce que je vais être compétente au travail ? » (EG2), « je pense que je n'avais pas toutes mes capacités cognitives [...] car je ne dormais pas bien » (EG3), ou le sentiment de **perdre patience** : « au travail, on devient irritables, on est moins patientes, on est plus distantes et moins disponibles pour nos patients » (ES3). Certaines ont ressenti une certaine **pression** liée à leur travail « ça a été huit mois difficiles, car il faut assurer ici [au cabinet] » (EG3) « ça laisse pas de place à l'à peu près en médecine, c'est pas possible » (EG3). Une médecin a éprouvé de la **honte** face aux erreurs qu'elle a faites, dans cette situation de fatigue : « qu'est-ce que je fais [face à mon erreur] j'ai honte et je rappelle, ou je fais comme si j'y avais pas pensé ? » (EG3).

Une majorité de médecins a vécu cette période comme **épuisante** : « c'est horrible, c'est le pire supplice qui existe je pense, la privation de sommeil, c'est atroce » (EG3). Cela les a parfois poussées à arrêter l'allaitement : « mais à la reprise du boulot, j'ai pas tenu » (ES3).

Un grand nombre de participantes s'est senti en **difficulté** face à l'allaitement et la reprise du travail : « j'étais appelée sur le téléphone de garde, il fallait que je choisisse soit d'allaiter mon enfant et pouvoir la coucher, soit voir le patient qui appelait pour une pseudo urgence [...] j'étais toujours entre ces deux problématiques là » (EG4), « car c'est très compliqué de s'organiser, quand on travaille et que l'on doit allaiter » (EG2). Le temps dévolu à l'allaitement au travail augmente la contrainte du rythme professionnel : « après le fait d'être libérale, [...] on a une pression importante de se dire, [qu'il y] a les patients derrière » (EG3), « c'était difficile de bloquer des créneaux à la reprise » (ES3).

Certaines participantes ont le sentiment de ne pas avoir eu assez de temps pour elles, à la reprise du travail avec l'allaitement : « j'ai très peu de temps pour moi » (ES1).

Une prise de poids insuffisante induit un sentiment de **culpabilité** : « la prise de poids a une influence négative » (EG2), voire d'**angoisse** : « c'était vraiment hyper angoissant » (EG2), « cela a remis en cause mon allaitement » (EG2), induisant pour les participantes une **perte de confiance** : « j'ai moins confiance en moi » (ES1).

De très nombreuses participantes ont un **ressenti négatif, désagréable, de l'expérience du tire-lait au travail** : « enfin, moi je l'ai mal vécu » (EG1), « j'avoue en fait que tirer le lait pour le coup, c'était chiant » (EG1), « enfin bon, c'était pas agréable » (EG3), « ça a été une expérience très pénible pour moi » (EG4), « c'est pas confortable » (EG2), « ça a été un moment vraiment difficile psychologiquement pour moi » (EG4). Le tire-lait est vécu comme trop **contraignant** : « je pense que j'aimais pas ça et qu'il y a trop de contraintes » (EG1). Certaines médecins ont évoqué le sentiment de **perdre leur temps** avec le tire-lait : « j'ai l'impression de faire que ça » (ES1), « c'est compliqué, c'est beaucoup de temps et de contraintes » (EG2). Enfin certaines participantes ont eu un sentiment de **dévalorisation** à l'utilisation du tire-lait, se comparant à des animaux : « autant avoir le bébé au sein, ça fait la mère qui allaite, qui donne et tout, autant avec la trayeuse, ça fait vraiment... » (EG1), « c'était vraiment comme une trayeuse à vache » (EG4), « un truc énorme, avec double pompe » (EG4).

Cette période de l'allaitement est vécue comme une **intrusion de la vie professionnelle, dans la vie privée** et inversement : « le fait de tirer le lait au travail, il y a la vie perso qui s'immisce » (EG1).

### *ii) Vécu positif*

Même si peu de participantes éprouvent un **sentiment de satisfaction** vis-à-vis de l'allaitement au travail : « dans l'ensemble, ça se passe bien » (ES1), l'une d'entre elles a ressenti l'allaitement comme une aide pour mieux dormir : « Lorsque l'on allaite la nuit, on se rendort plus facilement [...] donc, on a un sommeil de meilleure qualité » (ES4). Une minorité des médecins se disent satisfaites de l'utilisation du tire-lait au travail : « j'en suis très contente » (ES1), « je n'ai pas eu de problème, [avec] un bon tire-lait, qui tète physio » (ES4).

## **C - Raisons de la poursuite de l'allaitement**

Une grande majorité de médecins a décidé de poursuivre l'allaitement au travail, malgré les difficultés rencontrées parce que **les bénéfices ont été vus comme supérieurs aux contraintes**. C'est le bénéfice pour le bébé, qui a été le plus recherché : « on se dit "allez encore un petit peu, c'est bien pour lui" » (EG3). Le bénéfice maternel a été, quant à lui, moins clairement exprimé : « au bout d'un moment, je voulais bien oublier les contraintes, pour avoir un peu le côté plaisir [malgré les difficultés de l'allaitement au travail] » (EG1). Cette capacité à voir les bénéfices de l'allaitement chez les femmes médecins est en grande partie liée à leurs **connaissances médicales**. Certaines évoquent ce point : « si j'allaite mon petit, il est moins malade, donc si il est moins malade, c'est des soucis en moins et donc de la fatigue récupérée » (ES2), « en pratique, il n'a pas été malade ou presque pas [...] c'est aussi pour cela que j'ai prolongé autant de temps [mon allaitement]... » (ES4).

Mais les participantes sont conscientes de la **possibilité d'arrêter**, si les contraintes prennent le dessus sur les avantages : « je connais mes limites et je ne vais pas m'épuiser pour donner du lait maternel à mon bébé » (ES1), « là je me suis posé la question de savoir si je continuais » (EG2).

### 3 - Raisons de l'arrêt de l'allaitement

#### **A - Leur expérience**

L'arrêt de l'allaitement est pour la grande majorité des participantes **lié aux contraintes professionnelles** : « le rythme de travail a fait que l'allaitement s'est arrêté » (EG4), « puis, après il y a une épidémie qui est arrivée et je me suis rendue compte, que bloquer un rendez-vous le matin et l'après-midi ça devenait compliqué » (EG3), « j'arrivais pas à tirer entre deux, à cause du retard dans les consultations » (ES3), « mon métier m'a fait arrêter plus vite que ce que je rêvais, pour mon allaitement » (EG4). **L'intrusion de la vie personnelle dans la vie professionnelle** a aussi été un moteur de l'arrêt : « je sais pas s'il y a ça qui a joué inconsciemment [mélange vie personnelle et professionnelle] » (EG1).

**Les contraintes** liées à l'allaitement ont été supérieures aux bénéfiques, ce qui a précipité la fin de l'allaitement, pour certaines participantes : « mais quand elle a refusé le sein, y'avait trop de contraintes » (EG1).

**Le manque de motivation** ou bien la lassitude ont été une raison de plus, de la fin de l'allaitement, pour certaines médecins : « je pense que moi, j'étais pas assez motivée » (EG1). Le manque de connaissances est exprimé par une participante : « mais ça, [mon erreur] je l'ai compris[e] après » (ES3).

#### **B - Leur ressenti vis-à-vis de l'arrêt de l'allaitement**

À l'arrêt de l'allaitement, les sentiments **d'échec et de tristesse** dominant : « pour la seconde, je l'ai vécu plus comme un échec » (EG1), « ça a été une déception » (ES3), « je l'ai super mal vécu » (EG1).

Certaines femmes expriment des **regrets** : « j'aurais voulu garder un allaitement [au sein] matin et soir » (EG1), « j'aurais aimé pousser un peu plus que six mois » (EG3), « je pensais honnêtement que j'allais pouvoir faire du mixte plus longtemps » (EG4), parfois associés à un sentiment de **culpabilité** : « un peu de culpabilité » (ES3).

Il existe chez certaines participantes un sentiment de **résignation générale** face à l'allaitement : « je me suis dit, si en plus elle veut pas prendre le sein, c'est bon j'arrête quoi » (EG1).

Une petite partie des candidates arrive malgré tout à **se déculpabiliser** : « cela aurait pu être mieux, mais cela aurait pu être pire » (EG4), « puis on passe à autre chose » (ES3), « c'est dommage, mais bon y'a pire dans la vie » (EG4).

L'une d'entre elles voit même cela comme positif : « comme ça mon mari a pu prendre le relais » (EG1).

## **VII. Vécu du recours aux professionnels de santé**

### **1 - Expérience des participantes face aux recours aux professionnels de santé**

En grande majorité, les participantes ne se sont **pas identifiées comme médecin** lors de leur prise en charge : « donc là, j'ai même pas dit que j'étais médecin, je crois, là-bas » (ES1), « à la maternité, je l'avais pas dit » (EG3) ; l'objectif étant d'être une **patiente comme les autres** : « je voulais qu'elles me prennent comme quelqu'un de lambda » (EG2), « j'avais envie qu'on me considère comme une patiente et non comme une médecin » (EG3). Une seule participante s'est **identifiée en tant que médecin**, lors de son accouchement : « sur la maternité, j'ai dit que j'étais médecin » (ES2).

Malgré le souhait pour certaines de rester anonymes, elles ont toutes été démasquées. Les réactions des professionnels de santé ont été variées. Certains n'ont **pas modifié leur attitude** : « les sages-femmes, les puéricultrices, je pense qu'elles m'ont traitée comme elles traitent toutes les autres femmes » (EG3), « il y en a une des deux, qui après m'avoir apporté mon bébé, l'a mis au sein, qui a vraiment fait comme si j'étais une nouvelle maman et que j'y connaissais rien » (EG3), « elle m'a tout expliqué, alors que je l'avais eue en formation, donc elle savait très bien que je maîtrisais le sujet » (EG3), « j'ai trouvé une gynéco[logue], qui heureusement, m'a prise comme j'étais [une femme, plus qu'un médecin] » (ES3). D'autres soignants ont **modifié leur prise en charge** de façon négative : « ils ne nous considèrent pas comme un patient, mais comme un professionnel » (ES5), « les sages-femmes ou les puéricultrices ont l'impression que vous savez, parce que vous êtes médecin » (EG2), « et elles ne m'ont pas prise pour une patiente lambda » (ES3). Enfin, d'autres soignants se sont **adaptés** à la situation : « après, je suis quand même tombée sur des gens assez bienveillants, par rapport à ça » (EG4), « je savais leur dire ça [mes connaissances] et ils savaient s'adapter, sans non plus m'infantiliser » (EG4).

Les participantes sont conscientes qu'il est **difficile de soigner un soignant** : « c'est à double tranchant pour eux » (EG1), « après il y en a qui sont gênés, qui ne sont pas à l'aise de soigner un médecin » (ES3), « voilà, c'est très variable, globalement, je trouve qu'ils ne sont pas à l'aise » (ES3), « [rires gênés] ils n'aiment pas soigner un médecin » (ES3). Certaines prennent des mesures pour y remédier : « ça m'est arrivé d'envoyer mon mari sans moi, pour la consultation de mes enfants, pour être sûre que cela n'interfère pas » (ES5).

Les participantes étaient en **recherche de conseils et d'informations** au contact des professionnels de santé : « on a besoin de choses qui nous sécurisent, assez concrètes » (EG2), « à écouter tout ce que l'on pouvait m'apporter autour » (EG1), « donc voilà, j'ai pas hésité à leur en parler, ni à la maternité, ni à la sage femme qui m'a suivie après, en libéral » (ES1), car elles **ressentent un manque de connaissances** personnelles, notamment sur l'allaitement : « moi j'ai pas de mal à me dire que non, je sais pas tout [...] que les sages femmes en savent bien plus que moi sur l'allaitement » (ES1), « on peut pas penser à tout » (EG1). Les participantes restent toutefois **critiques** par rapport aux conseils qu'elles reçoivent : « je me suis dit, comme souvent après l'accouchement, on peut être influencées par des conseils, qui sont pas toujours avisés » (ES1), « on a toujours des professionnels de santé, pour nous dire tout et son contraire » (ES1), car certains conseils ne sont pas adaptés à la poursuite d'un allaitement, « et puis après, le pédiatre il m'a dit que je donne de l'eau sucrée à mon enfant » (EG3).

## 2 - Ressenti des participantes face au recours aux professionnels de santé

La majorité des participantes était en recherche **d'anonymat**. Peu s'expriment sur le non-respect de celui-ci, seules deux participantes l'évoquent : « donc je pense que ça a dû faire radio cancan et donc les sages-femmes étaient au courant » (EG3), « [anonyme] pas tellement [rires] ils se passent le mot » (ES3).

Certaines participantes n'ont eu **aucune difficulté à demander de l'aide** : « non je l'ai pas mal vécu du tout, j'ai aucune honte à demander de l'aide » (EG3) « très détendue, vraiment aucun frein » (EG3), « je me suis pas sentie spécialement nulle » (EG2) ; l'une d'entre elles évoque même une recherche de **passivité** dans sa prise en charge médicale : « [je ne veux] pas me positionner, je suis médecin, je suis maître des prescriptions et tout ça » (EG1), « [j'étais] vraiment passive, sur le point de vue médical et prise en charge » (EG1). D'autres

expriment **gêne et culpabilité** à demander de l'aide : « car on peut se demander, si j'ai besoin d'aide, est-ce que je vais savoir demander de l'aide » (EG4), « mais j'avais l'impression de les embêter » (ES3), « voilà est-ce que je vais embêter quelqu'un... » (EG4), « je n'ai pas osé leur dire trop, non plus » (ES3), « donc, peut-être que voilà [que c'était aussi de ma faute] » (ES3).

C'est un **ressenti négatif** qui émerge de la plupart des verbatims concernant la prise en charge des participantes par les professionnels de santé. Beaucoup ressentent que ces derniers leur délivrent **moins d'informations** parce qu'elles sont médecins : « j'étais déçue qu'on me prenne pour un médecin et qu'on oublie de me dire certains éléments » (EG4), « moi, je trouve qu'il y a un défaut d'information » (ES5). Dans les aspects négatifs de leur prise en charge, c'est la **brutalité de leur confrères** qui se dégage avec force des verbatims : « le pire, c'est les médecins » (EG3), « qui m'ont dit : "vous avez les ovaires d'une femme de 50 ans, bah quoi, vous pouvez comprendre, vous êtes médecin" » (EG3), « des fois, ils ne se rendaient pas compte que ça pouvait être très violent » (EG3), « voire [...] trop franc ! » (EG3), « après la 3e dose, ils m'ont dit brutalement : "bon puisque vous continuez comme ça, la tocolyse marche pas, on vous transfère en niveau 3, vous allez accoucher aujourd'hui" » (EG4), « ils sont horribles, du manque d'empathie et manque de tact » (EG4), « elle m'a traitée comme une moins que rien » (EG3). Certaines participantes sont sûres que leurs confrères ne leur auraient pas parlé ainsi si elles n'avaient pas été médecins : « elle a été très cash, je sais pas si elle aurait été pareille avec une femme lambda, si elle m'aurait parlé de la même façon » (EG3), « je me suis demandé, si j'avais pas été médecin, s'ils m'auraient dit peut-être plus gentiment » (EG4). Cela a eu des conséquences sur les participantes : « j'ai complètement perdu confiance, à cause des professionnels de santé » (EG2), « ça ma beaucoup stressée, leur manière d'aborder les choses, très brutale et euh, culpabilisante quoi... » (EG4) ; certaines trouvent qu'elles n'ont **pas été soutenues** correctement, car elles étaient médecins : « j'ai pas été soutenue correctement par les professionnels de santé » (EG3).

Elles expriment tout de même de la **satisfaction** pour leur prise en charge par les professionnels de santé : « je suis très contente, j'étais très bien prise en charge » (EG1), « sur mon expérience personnelle, très efficace, et très accompagnante » (ES4) ; une participante souligne le fait que les équipes soignantes se sont adaptées à ses connaissances

de médecin : « on prenait en compte mon avis, pour les prises de décisions » (EG4), « et ce qui était pour moi aussi capital quand même » (EG4).

## ***VIII. Expériences professionnelles de l'allaitement et suivi des patientes***

### **1 - Connaissances universitaires**

Les participantes évoquent la **formation théorique initiale** qu'elles ont reçue sur l'allaitement, lors de leur externat : « à la fac, pendant l'externat, je me rappelle du bouquin de gynéco qui était très bien fait sur l'allaitement » (EG2), « juste le cours pendant l'externat d'une heure » (EG3) et de leur internat, « en tant qu'interne, il y a eu un cours sur l'allaitement dans le cursus et c'est tout » (ES1), « je dirais que j'avais quelques notions apprises à la fac » (ES1), « pendant l'internat, deux heures je crois, mais pas de formation complémentaire » (ES1). Certaines participantes n'ont pas reçu de formation pendant l'internat : « non, la formation en tant qu'interne, je pense que je ne l'avais pas eue à l'époque » (EG3), « mais je ne l'ai pas fait » (ES2).

Une minorité d'entre elles s'expriment sur cet apprentissage ; peu de médecins le jugent **suffisant** : « j'avais des notions théoriques qui m'ont aidée à appréhender la chose » (ES1), « ça avait été assez court, mais très bien fait » (ES4) ; elles le trouvent en revanche trop **théorique** : « ça expliquait bien le bénéfice pour l'enfant » (ES4), « car en cours, ça reste très théorique, très rapide, pour pouvoir bien expliquer les positions, comment ça se passe en pratique » (ES4). Une participante juge les **cours insuffisants** : « j'avais pas de notions scientifiques solides sur l'allaitement » (ES3). Une participante a beaucoup enrichi ses connaissances, grâce à la réalisation de sa **thèse** : « puis ma thèse, qui m'a énormément aidée » (ES2), « je venais à la maison et je faisais une consultation d'allaitement à la maison, qui durait en moyenne une heure, que je corrigeais avec Mme X, si besoin » (ES2).

Certaines participantes ont réalisé des **formations continues** : « j'ai fait un DPC [diplôme complémentaire] il y a deux ans, de deux jours à Purpan, sur l'allaitement, qui était bien sympa » (EG4), « le DU d'allaitement » (EG3) ; d'autres sont **responsables de formation** : « et après, du coup, j'ai atterri maître de stage de gynéco-pédiatrie, depuis 2 ans » (ES2), « j'ai donné une formation aux sages-femmes de la clinique X, sur l'allaitement » (EG3).

## 2 - Expérience professionnelle et personnelle vis-à-vis de l'allaitement

L'une des spécificités de la médecin allaitante est que ses connaissances sont influencées par ses expériences personnelles et professionnelles. Comment ces deux dimensions vont-elles s'influencer mutuellement ? Voici le témoignage des médecins.

### *A - Influence de leur expérience professionnelle*

De nombreuses participantes évoquent le **gain d'apprentissage** sur l'allaitement grâce à leur expérience professionnelle : « par mon expérience, pas par les cours que j'aurais appris » (EG1), « de l'expérience sur le tas » (ES3), « après, c'est venu avec la pratique » (ES1), et au partage avec d'autres professionnels de santé, « pour en avoir discuté avec une conseillère en allaitement » (EG4). D'autres ont eu trop peu de patientes allaitantes pour renforcer leur expérience professionnelle sur l'allaitement : « j'ai pas eu beaucoup d'expérience de l'allaitement » (ES1) « j'ai très peu de patientes malheureusement, qui allaitent » (ES3).

Les participantes donnent des **conseils à leurs patientes** : « je fais pas mal de conseils d'allaitement en amont, en aval » (ES2), « c'est ce que j'essaye de faire passer aux mamans en prénatal » (EG3), « pour qu'elles arrivent déjà avec un petit bagage et qu'elles arrivent pas complètement démunies à la maternité » (EG3), « je leur donne des conseils » (EG1). Les participantes ne cherchent pas à influencer le choix de leurs patientes, elles **respectent leurs choix** : « mais je ne sais pas leur dire qu'il faut absolument allaiter ou qu'il faut pas allaiter » (EG1), « c'est comme elles le sentent quoi, parce que je pense qu'il faut les laisser libres » (EG1), « mais une maman qui a pas envie d'allaiter, qui a pas envie de tirer son lait, il faut surtout pas [la forcer] » (ES2), « parce que des fois, elles ont pas forcément envie de continuer et il faut respecter ça, aussi » (EG3) ; les participantes cherchent des solutions aux problèmes que rencontrent leurs patientes : « je pense qu'il faut être beaucoup dans l'écoute et entendre quelle est leur demande » (EG2), « elles ont parfois des difficultés, mais on arrive toujours à trouver une solution » (EG3) et les rassurent devant leurs difficultés, « si elle a de la chance que ce soit un allaitement facile, ben tant mieux, c'est super » (EG4), « mais voilà, il faut pas dire aux femmes que c'est forcément plus facile que le biberon » (EG4).

**La motivation** des patientes est la clé de la réussite d'un allaitement : « je vois celles qui ont super envie, elles le gèrent très bien ; les petits soucis, les petits problèmes, elles se

débrouillent très bien » (EG1), « c'est-à-dire, que si elle est très motivée mais que l'allaitement est très compliqué, elle va pouvoir le faire » (EG4), « l'allaitement, tient à l'envie de la mère, d'allaiter » (EG4).

Certaines participantes sont un peu amères devant les causes d'arrêt de l'allaitement de leurs patientes et de leur **absence de consultation lorsqu'elles font face à des difficultés** : « ça m'agace au plus haut point, quand on me raconte des histoires d'avant, qu'on me dit : "j'ai arrêté l'allaitement à un mois, car j'avais plus de lait", ça, ça me hérissé le poil » (ES2), « "parce qu'il ne voulait pas prendre", tous les motifs que l'on peut entendre, qui sont largement rattrapables si elles consultent » (EG4) ; les participantes sont déçues d'être **oubliées par leurs patientes**, à propos de l'allaitement : « j'ai beau leur en parler vers cinq mois de grossesse, forcément c'est pas la problématique à ce moment-là, pour elles [...] du coup elles ont oublié que je puisse être un relais pour l'allaitement [...] alors que je suis plus formée que certaines sages

-femmes, donc c'est un peu décevant de voir que l'on est oubliée par rapport à ça [...] du coup je suis assez déçue de voir que je ne peux pas plus les aider » (EG4), « et moi, j'ai vu le bébé à un mois, mais l'allaitement avait déjà échoué » (ES3).

Quelques participantes évoquent les **mauvaises informations** délivrées par certains professionnels de santé, auprès de leurs patientes : « après, elles ont à faire à beaucoup de personnels paramédicaux et sages-femmes, qui selon mon impression, ne sont pas toujours de bon conseil [rires] » (ES3), « soit il y a eu des soignants qui ont été délétères avant et qui ont dit qu'il fallait arrêter, parce que ça marche pas » (EG4), « et qui du coup, elles l'ont pris comme argent comptant et on peut plus faire machine arrière [...] sur les allaitements, que je vois » (EG4) et ressentent un manque de promotion de l'allaitement maternel, « les autres professionnels de santé ne promeuvent pas assez l'allaitement » (ES3), « enfin, c'est d'après ce que j'ai ressenti, pas beaucoup d'encouragements non plus » (EG3).

## **B - Influence de leur expérience personnelle**

La quasi-totalité des participantes affirment que leur pratique personnelle de l'allaitement **les aide sur le plan professionnel** : « maintenant, j'ai beaucoup plus de connaissances pratiques et théoriques » (ES1), « après mon allaitement, je me sens plus compétente » (ES4), « et puis, mon propre allaitement m'a apporté de l'expérience, pour mes patientes » (ES3), « je pourrais les conseiller un peu mieux » (ES1), « ça renforce mon expérience pour la véhiculer, auprès de mes patientes » (ES2). Leur expérience personnelle leur apporte aussi plus de **légitimité** à conseiller les patientes « disons que je me sens plus à l'aise depuis que j'ai allaité » (ES4), « je suis un peu plus à l'aise depuis que j'ai allaité moi-même, que avant » (EG1).

## **IX. Être mère et médecin dans la société**

### **1 - Dualité mère-médecin**

La reprise de travail combinée à un allaitement conduit à une forte intrication de la vie personnelle et de la vie professionnelle. Nos entretiens ont mis en évidence un **conflit entre la mère et la médecin**.

La plupart des participantes se sentent **plus mère que médecin** dans le déroulement de leur allaitement : « pour l'allaitement, j'étais une maman » (EG3), « je ne dirais pas que c'est en tant que médecin, c'est en tant que femme » (ES1), « quand on devient maman, on n'est pas médecin » (EG3), « c'était vraiment la fonction de mère qui était prioritaire » (ES5), « car on arrête de travailler un peu avant et on perd le quotidien d'un médecin » (ES4). Certaines cherchent à se détacher de la profession, pour laisser place à l'émotionnel : « mais globalement, quand même, il faut se laisser porter par la magie de la chose et oublier qu'on est médecin » (EG3).

Il existe une réelle **difficulté à faire la différence entre la mère et la médecin**, pour quatre d'entre elles : « je ne sais pas si c'est en tant que médecin, ou en tant que femme [à propos du choix d de l'allaitement] » (EG2). En effet, **les réflexes de médecins sont toujours présents**, lors de l'allaitement : « même à la maison, j'essaye d'être mère, plus que médecin, j'essaye... » (ES3), « c'est compliqué [d'être mère et pas médecin]... » (ES3) ou lors

d'événements médicaux négatifs, « la fonction de médecin est devenue prépondérante, quand ça s'est mal passé » (ES5).

De nombreuses médecins interrogées ont clairement insisté sur ce point : **la séparation de la vie privée et professionnelle** est primordiale dans le déroulement de l'allaitement : « j'aime bien séparer ma vie privée et ma vie professionnelle » (EG1), « j'essaye dans la mesure du possible de séparer la part professionnelle et la part personnelle » (ES1), « je ne voulais pas me retrouver avec des patientes » (EG2).

## **2 - Être médecin et femme**

De nombreuses participantes font le constat d'une **féminisation de la profession** : « on est quand même dans une profession où il y a maintenant de plus en plus de femmes » (EG1). Certaines parlent de **l'incompréhension des patients**, sur leur souhait de travailler moins ; quatre médecins en parlent : « en fait, en tant que femme, c'est très difficile, dès que vous mettez une limite à vos horaires, qui est quand même correcte, je trouve » (EG3), « moi, en tant que femme, c'est tout de suite "ha, bah oui, on sait, vous avez vos enfants" » (EG3) « et c'est compliqué, oui, ils ne comprennent pas, qu'on limite notre planning... » (ES3). D'après les femmes interrogées, cette attitude des patients est bien liée au fait qu'elles sont des femmes ; **leurs collègues hommes feraient moins l'objet de jugements** de ce type : « et lui il ne prenait pas de réflexion, je ne pense pas » (EG3), « [les femmes ont] plus de réflexion que les hommes » (EG2).

Pourtant, selon les participantes, ce changement est plus en lien avec la génération qu'avec la féminisation de la profession : « je ne connais personne de ma génération qui travaille plus [que moi] » (EG3). Il apparaît que les femmes interrogées sont souvent **comparées à leurs prédécesseurs hommes** : « avant le Dr X, il travaillait jusqu'à 23 heures » (EG3).

### 3 - Réflexions autour de l'allaitement des médecins généralistes

Un **congé maternité plus long** permettrait un allongement de la durée de l'allaitement, d'après les médecins : « pour [permettre de] continuer l'allaitement plus longtemps, c'était de ne pas reprendre le travail de suite » (EG1), « au moins six mois après la naissance, ça serait plus confortable » (ES3), « en libéral, l'idéal serait de prolonger son congé maternité [pour allaiter plus longtemps] » (ES3), « l'allaitement se serait mieux passé, si je n'avais pas repris le boulot ([aussi rapidement] » (ES1). Pour la moitié des participantes, un **congé maternité trop court** favorise un allaitement de courte durée : « [que] le congé maternité ne soit que de 10 semaines après l'accouchement, je trouve que c'est trop court, pour favoriser l'allaitement » (EG2). D'autres participantes comparent leur allaitement à celui facilité par des **congés plus longs dans les pays nordiques** : « la mère avait allaité son enfant pendant un an, tout en sachant qu'elle était d'un pays nordique et que c'est plus facile là-bas, d'allaiter » (ES1), « dans les pays nordiques, ils ont un an de congé » (ES3).

Une autre médecin, propose un système de **compagnonnage**, d'entraide entre les médecins voulant allaiter et celles ayant déjà réussi à le faire, « il faut plutôt mettre les femmes médecins avec des femmes comme nous, qui avons allaité un moment... » (ES4) ; cela permet de rendre l'allaitement au travail plus réalisable : « savoir qu'une femme médecin a réussi à le faire, cela montre que n'importe quelle femme médecin est susceptible de pouvoir le faire... » (ES4).

**Un travail trop prenant**, comme celui de médecin, ne favorise pas l'allaitement, pour quatre participantes : « parce que [hésitation] voilà, pour les mamans qui ont un rythme de travail trop important [il est difficile d'allaiter] » (ES2), « en étant à un bureau tranquille, j'aurais peut être essayé d'allaiter un peu plus » (EG1). Les médecins installées en libéral **envient les femmes salariées**. Elles évoquent leur type d'exercice comme étant un frein à l'allaitement : « [...] si j'avais eu un poste ou un autre emploi de salariat plus cool de 9 h à 13 h et 14 h - 18 h [l'allaitement se serait mieux passé] » (EG4), « je vois des patientes qui travaillent un peu à la maison et qui arrivent à allaiter beaucoup leurs enfants » (EG4).

Une nouvelle réforme gouvernementale, applicable depuis le mois de novembre 2017, permet une meilleure rémunération du congé maternité par l'introduction pour les médecins installées ou collaboratrices d'une indemnité forfaitaire de 9 300 €, appelée Avantage Supplémentaire Maternité ou ASM<sup>10</sup>. L'accueil de cette réforme est plutôt positif pour une médecin seulement « c'est déjà mieux » (ES3). Mais cela n'aura **pas de**

**conséquence sur la durée** de l'allaitement, selon les participantes : « je suis pas sûre que ça change quoi que ce soit, car c'est pas non plus un gros changement » (EG3), « je ne suis pas sûre que cela permette d'augmenter la durée de l'allaitement » (ES4).

Une des médecins interrogées se définit comme étant pro-allaitement : « je suis une militante ! » (ES2).

#### **4 - Leurs conseils aux consœurs qui souhaitent allaiter**

Quasiment toutes les participantes ont insisté sur l'importance d'organiser son travail par rapport à l'allaitement : « organisez votre travail !!! » (EG2), « essayez de garder des créneaux pour tirer le lait » (ES4) ou encore « [il faut une] anticipation de l'organisation » (ES5).

Les participantes évoquent une notion plus abstraite, « **savoir s'écouter** » : « il faut savoir s'écouter » (EG1), ne pas aller contre ce que l'on ressent, « il [ne] faut pas se forcer, dans un sens, comme dans l'autre » (ES2) et savoir laisser le côté maternel prendre le dessus, « [je conseille de] de rester plus mère, plus que médecin [rire] » (ES3). Certaines médecins recommandent de **prendre de la distance vis-à-vis du travail**, par exemple « savoir dire non aux patients [rires] si on a besoin [et] de prendre du temps pour soi » (EG3). D'autres médecins interrogées déconseillent de chercher à allaiter coûte que coûte, « et ensuite, ne pas se mettre une pression trop importante... » (ES4). L'une d'entre elles insiste sur le fait d'être **bien conseillée** : « être bien conseillée » (ES2).

Sur l'aspect pratique de l'allaitement, elles évoquent le **choix primordial du tire-lait** : « choisir un bon tire-lait » (ES1), « un bon tire-lait qui doit être le compagnon de route, de la femme qui allaite » (ES1), « Avoir un bon tire-lait [rires] efficace, car ça nous permet de gagner du temps » (ES4).

## **DISCUSSION**

### ***1. Critiques de la méthode***

#### **1 - Forces de l'étude**

L'intérêt majeur de cette étude tient au fait que la parole a été donnée aux femmes médecins généralistes. En effet, n'ayant pas trouvé de travaux portant sur ce sujet, cela lui confère un caractère exploratoire et novateur. Seuls les facteurs socio-professionnels influençant l'allaitement chez les femmes tout-venant dans la population<sup>11</sup> française ou chez les internes en médecine générale<sup>12</sup> ont été étudiés.

Notre travail a mis en lumière la situation du soignant-soigné et montre que celle-ci n'est pas toujours facile à vivre pour nos protagonistes.

Les participantes ont abordé sans gêne de multiples aspects de leur vie privée et nous ont apporté de nombreuses informations sur leurs émotions. Elles ont même donné des conseils afin d'aider les femmes médecins généralistes libérales qui feront le choix d'allaiter dans le futur.

La richesse de ces entretiens fait la force de cette étude.

#### **2 - Limites de l'étude**

##### **A - Biais d'échantillonnage**

La majorité des médecins contactés a répondu de façon positive. Nous n'avons eu aucun refus sur 14 e-mails envoyés. Une participante a été exclue car encore enceinte lors du recrutement et trois n'ont pas répondu. Ce fort taux de participation marque l'engouement des participantes contactées et leur besoin de mettre des mots sur leur expérience.

Un certain nombre de médecins n'a pas été inclus dans notre étude après leur proposition spontanée : la plupart du temps, leur allaitement était trop ancien.

Il peut exister un biais de mémorisation pour la dernière participante, car ses allaitements sont anciens. Cependant son entretien a été utilisé pour confirmer la saturation des données, cela en limite donc les conséquences.

## **B - Biais de recrutement**

Le recrutement par effet boule de neige de femmes qui se connaissent, donc évoluant dans les mêmes cercles et ayant les mêmes centres d'intérêt, induit un biais de recrutement. Comme dans la plupart des études qualitatives, les entretiens ont été réalisés sur la base du volontariat, créant dès lors nécessairement un biais. En effet, les participantes que nous avons rencontrées sont celles qui ont accepté de nous consacrer du temps. Elles étaient probablement plus intéressées par le sujet de l'allaitement que celles qui ne nous ont pas répondu.

Concernant la population de l'étude, nous pouvons regretter de ne pas avoir réussi à interroger des participantes ailleurs que de dans la Haute-Garonne et le Tarn, malgré nos recherches.

Pour la constitution de notre échantillon, il est apparu que tous les médecins exerçaient une activité de groupe. Toutefois, d'après le portrait des professionnels de santé datant de 2016<sup>13</sup>, l'exercice de groupe est représentatif de l'exercice des jeunes générations (les deux tiers des généralistes de moins de 40 ans exercent sous cette forme).

## **C - Biais liés à l'enquêteur**

Il s'agissait pour les deux investigateurs d'un premier travail de recherche qualitative. Nous nous sommes donc formés à ce type de recherche en étudiant les documents disponibles sur le site du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse<sup>14</sup> ainsi que les dernières thèses qualitatives réalisées à l'Université de Toulouse afin d'améliorer la qualité des entretiens tout au long de notre travail d'enquêteurs.

Un second biais résulte du fait que les investigateurs sont des médecins généralistes tout comme les participantes. Cette proximité a pu créer une relation de connivence et influencer les réponses.

L'un des enquêteurs était de sexe masculin, cela a pu créer une distance avec les participantes et engendrer une perte d'informations, bien que nous ne l'ayons pas ressenti.

## D - Biais d'interprétation

Au fil de l'analyse des entretiens, nous avons rigoureusement cherché à nous affranchir de nos a priori et interprétations. Malgré cet effort de réflexivité, il n'est pas exclu que notre manque d'expérience en recherche qualitative ait pu altérer la qualité du recueil du discours des participantes et l'analyse des données.

Afin de diminuer au maximum le risque d'interprétation, les retranscriptions des entretiens ont fait l'objet d'une analyse rigoureuse, comprenant une double lecture. Le codage a été réalisé sans délai pour ne pas nuire à la qualité des données.

## II. Être médecin et allaiter : avantage ou handicap ?

### 1 - Avantage

Dans la littérature<sup>11</sup>, de nombreux travaux soulignent que les connaissances théoriques sont une des clés de la réussite d'un allaitement. Les femmes médecins semblent à ce titre être largement avantagées.

Leurs **connaissances** sur l'allaitement et ses bienfaits leur permettent de décider précocement d'allaiter leur enfant et les confortent dans leur motivation. Comme nos résultats l'ont montré, elles peuvent anticiper les complications et y être donc moins sujettes que la population générale<sup>15</sup>. Elles savent où chercher des informations validées et bénéficient d'un réseau de professionnels de santé. Elles abordent leur allaitement avec confiance et peuvent garder leur libre arbitre si elles jugent les conseils qu'elles reçoivent inadaptés. Tous ces éléments spécifiques se révèlent effectivement favorables pour la qualité et la durée de l'allaitement, à la différence de la situation des jeunes mères dans la population générale<sup>16</sup>.

Dans les études, d'autres **facteurs non spécifiques** à notre population influencent positivement la durée de l'allaitement : vivre en couple, être âgée de 30 à 35 ans, avoir planifié sa grossesse, appartenir à un milieu socio-économique favorisé, avoir fait des études longues, avoir anticipé le choix d'allaiter, être non-fumeur, participer aux cours de préparation à l'accouchement, bénéficier du soutien du partenaire et de l'entourage. Ces facteurs sont favorables à la réussite de l'allaitement. On remarque que nos participantes correspondent précisément à ce profil.

Le travail en libéral avec la liberté d'**organisation** qu'il confère est un élément positif pour l'allaitement maternel. Ce type d'exercice permet de s'organiser : « le fait d'être libérale permet justement d'adapter son rythme de travail » (ES3), de gérer son planning, de s'isoler dans son bureau ou encore de pouvoir prolonger le « congé maternité ». Cela est notamment vrai pour les remplaçantes, qui ont moins de charges de fonctionnement à payer. Une étude montre que le principal argument mis en avant pour le choix d'exercer comme remplaçante en médecine générale est la souplesse de l'emploi du temps<sup>17</sup>.

Les médecins interrogées **ont eu un allaitement total** en moyenne de 7 mois (32 semaines) pour le premier enfant et de 5 mois (23 semaines) pour le deuxième. La durée d'allaitement maternel en France serait de 8 à 16 semaines<sup>5</sup>. Cela place notre échantillon bien au-dessus de la moyenne nationale. Nous en déduisons que le fait d'être médecin généraliste installée en libéral favorise la durée de l'allaitement.

Ces circonstances réunies constituent ainsi un cadre idéal pour un allaitement réussi.

## **2 - Handicap**

Notre étude a mis en évidence une face cachée du **statut de « maman qui sait »** : « ça m'a fait peur de pouvoir imaginer ce qui peut se passer » (ES3). L'anxiété que génèrent leurs connaissances est suivie d'un effet de cascade, passant du manque de confiance en soi à une remise en cause de l'allaitement et parfois à un arrêt de celui-ci : « le fait d'être médecin a créé un facteur stress qui a freiné encore plus l'allaitement » (ES9). L'influence négative des connaissances est particulièrement vraie lorsque l'enfant a une mauvaise prise pondérale. Ce lien entre une mauvaise prise de poids et une durée plus courte de l'allaitement est fréquemment cité dans la littérature<sup>18</sup>. Nos participantes ne semblent pas déroger à cette règle.

La liberté d'organisation, qu'offre théoriquement l'exercice libéral, semble mise à mal par le vécu de nos participantes. Le métier de médecin généraliste ne permet pas de vivre un congé maternité serein car il exige un vrai travail d'**organisation** et d'**anticipation**. Cela implique de rechercher des remplaçants, d'anticiper la poursuite de l'allaitement en réalisant des stocks de lait, de prévoir la reprise de travail et d'optimiser son planning pour favoriser la poursuite de l'allaitement maternel. Les femmes médecins ne semblent pas avoir la possibilité « d'oublier » le cabinet pendant leur congé maternité, au même titre que d'autres femmes travaillant en exercice libéral<sup>19</sup>. Cela montre la singularité du travail libéral

face au statut de salarié. Cela conduit les médecins à envier les femmes salariées avec leurs 35 heures hebdomadaires<sup>20</sup> de travail et bénéficiant de « vraies » pauses allaitement rémunérées<sup>21,22</sup>. Elles font remarquer que le temps qu'elles libèrent pour l'allaitement est utilisé à d'autres tâches : « pour pouvoir lire mes résultats d'examen et lire les courriers en même temps » (ES2) et qu'elles rencontrent des difficultés pour s'isoler, « on est toujours dérangée » (EG1), « avec le téléphone qui sonne » (EG3).

La singularité des **responsabilités** qui incombent aux femmes médecins et la particularité de leur **rythme de travail** ont eu un fort impact sur leur état de fatigue et sur leurs inquiétudes face au risque induit d'erreurs médicales : « est-ce que je vais être compétente au travail ? » (EG2), « ça laisse pas de place à l'à peu près en médecine c'est pas possible » (EG3). Elles se décrivent comme moins patientes : « au travail on devient irritable on est moins patient on est plus distant et moins disponible pour nos patients » (ES3) et le ressenti de cette situation est difficile pour elles. Il nous semble intéressant de souligner qu'aucune étude ne traite ce sujet.

Le sentiment d'une **intrusion de la vie personnelle du médecin dans sa vie professionnelle** a été mal vécu par nos participantes, et ce d'autant plus qu'elles désirent garder une distance professionnelle avec leurs patients : « le fait de tirer le lait au travail, il y a la vie perso qui s'imisce » (EG1). Cela marque une interaction singulière entre le métier de médecin et le rôle de mère.

Le rôle de mère savante, la charge mentale du cabinet et l'absence d'anonymat lié au statut de médecin nous permettent de comprendre qu'il leur est difficile de **lâcher prise** et de vivre leur allaitement avec naïveté. Il n'existe pas beaucoup de métiers où les femmes sont dans la même situation.

Par lâcher-prise, elles expriment leur besoin d'être prises en charge comme une patiente du tout-venant au lieu de dépenser beaucoup de forces à lutter contre le médecin qui est en elle. La femme médecin voudrait qu'on l'aide avant tout à être une mère face à son allaitement, face à son bébé.

### **III. Attentes de la médecin soignée allaitante**

Dans le contexte de la maternité, les femmes médecins généralistes se retrouvent dans le rôle du soigné. D'après le travail du Dr Plagnard<sup>23</sup>, les médecins soignés ont un problème d'acceptation de leur statut de patient avec déni, anxiété exagérée, négligence et retard dans le début de la prise en charge. Cette étude s'intéresse au contexte de la pathologie. La majorité de nos participantes ont, à l'inverse, plébiscité une prise en charge où elles peuvent être confiantes, passives et maternées. Elles espèrent aussi garder un certain **anonymat statutaire** lors de leur prise en charge médicale : être considérées comme des patientes normales, pouvoir poser des questions sans être jugées afin d'obtenir le maximum d'informations pratiques.

Être médecin et se soigner est une situation particulière. Il semble être contre nature pour un médecin de devenir complètement passif dans cette relation, de se dissocier entièrement du statut de « médecin » pour n'être qu'un « patient ».

D'après le travail de recherche du Dr Plagnard<sup>23</sup>, soigner un confrère aussi est difficile pour 81,1 % des médecins interrogés. Prendre en charge un médecin occasionne souvent une envie de performance liée au regard et aux connaissances du patient-médecin. Ceci induit une certaine peur d'être jugé sur ses compétences par l'un de ses pairs. Ainsi, certains médecins estiment que cette relation présente des difficultés parfois génératrices de stress, de peur, voire même de rejet<sup>24</sup>. Cela est cohérent avec les affirmations de nos participantes : les soignants délivrent moins d'informations et elles-mêmes se sentent gênées ou coupables de demander de l'aide. Elles se sentent moins soutenues et traitées différemment des patientes non-médecins : « j'étais déçue qu'on me prenne pour un médecin et qu'on oublie de me dire certains éléments » (EG4). De plus, elles affirment que les professionnels se sont montrés plus brutaux dans les propos tenus et dans leur manque d'empathie : « qui m'ont dit "vous avez les ovaires d'une femme de 50 ans, bah quoi, vous pouvez comprendre, vous êtes médecin" » (EG3). À tel point que l'une d'entre elles a mis en place une stratégie et regrettait de ne pouvoir l'utiliser pour la maternité : « ça m'est arrivé d'envoyer mon mari sans moi pour la consultation de mes enfants pour être sûre que cela n'interfère pas » (ES5). Elles nous confient également que leurs pairs, à la reprise de leur exercice, n'ont pas fait preuve de bienveillance à l'égard de leur condition de mère allaitante.

La littérature suggère<sup>24,25</sup> que, lorsqu'il est malade, le médecin doit être pris en charge comme un patient et non comme un confrère avec lequel on débattrait du cas d'un patient.

Si l'exercice paraît difficile, le médecin s'adapte cependant tous les jours à chaque patient, en fonction de son milieu et de sa personnalité. Nos participantes sont demandeuses d'une telle prise en charge.

#### ***IV. Être médecin et femme : des conséquences individuelles et collectives***

Les patients sont très exigeants vis-à-vis des médecins, afin d'obtenir des rendez-vous de dernière minute ou des « services ». Si la réponse est « non », les patients répliquent souvent négativement : « avant le Dr X, il travaillait jusqu'à 23 heures » (EG3). L'argument adressé à une femme médecin est souvent : « ha, bah oui, on sait, vous avez vos enfants » (EG3). Celles-ci se retrouvent cantonnées au rôle de mère par leurs patients, qui ne leur accordent pas le droit à une vie personnelle. Les femmes médecins sont contraintes d'arbitrer entre leur vie familiale et une pratique professionnelle exigeante. Elles expriment un désir de flexibilité professionnelle<sup>26</sup> et d'horaires adaptables<sup>27</sup>, loin du diktat des patients et de l'image du médecin corvéable à merci.

Que l'on soit un médecin homme ou femme, il semble important de pouvoir **dire non** au patient et d'avoir ainsi une patientèle éduquée pour aspirer à un confort au travail. D'après le travail du Dr Juillard<sup>28</sup>, « oser dire non », c'est préserver sa tranquillité et son plaisir d'exercer ; c'est également préserver la qualité du soin et de la relation avec le patient.

Oser dire « non » avec sérénité est une protection contre l'exaspération, l'agressivité, voire le burn-out. Dire non est un droit, celui d'être respecté en tant que médecin, à la fois être humain et expert du soin. Cela ressort de l'étude de la Haute Autorité de Santé (HAS) concluant que la qualité de vie au travail et la qualité des soins sont intimement liées<sup>29</sup>.

Soulignons également la **fin du modèle de la disponibilité permanente** des généralistes : l'éducation des patients par leur médecin pour mettre fin au dévouement inconditionnel de ce dernier, une disponibilité permanente pour les astreintes et les gardes, une charge de travail supérieure à 60 heures par semaine<sup>30</sup>. Les femmes souffrent en outre d'un manque de reconnaissance de la part des patients, surtout les patients encore habitués au médecin de famille traditionnel<sup>31</sup>.

Pour appréhender les conséquences collectives de la **féménisation de la médecine**, il est important de rappeler que les femmes représentent désormais 43 % de l'ensemble des médecins. Elles sont majoritaires parmi les médecins actifs de moins de 55 ans<sup>13</sup> et la

tendance à la féminisation de la profession va se poursuivre (60 % des candidats à l'internat sont des femmes). La part de femmes parmi les actifs devrait ainsi atteindre 60 % en 2040<sup>13</sup>. Cette féminisation conduit à l'apparition d'inquiétudes<sup>32</sup> chez les patients concernant la disponibilité du médecin. Les femmes ne travaillent pas moins que les hommes de leur génération, mais réalisent moins d'actes car elles consacrent en moyenne un temps supérieur à chaque consultation<sup>13</sup>. Ce mouvement initié par les femmes a été contagieux pour la jeune génération d'hommes médecins qui partage également cette envie de ménager plus de temps libre pour leur famille et leurs loisirs<sup>33</sup>. Il persiste une stigmatisation de la femme médecin par les patients comme travaillant moins que ses confrères hommes<sup>3.1</sup>. Nos participantes l'ont ressenti et exprimé avec force. Si la féminisation a bien influencé l'assouplissement des modes d'exercice, on constate une uniformisation des comportements<sup>31</sup> chez les jeunes médecins<sup>32,34,35</sup>.

Les femmes médecins généralistes sont actrices de leur métier et sont les pionnières d'un remaniement profond. S'il demeure toujours une stigmatisation des femmes dans cette profession, nous noterons qu'il s'agit plus d'un effet de génération qu'un effet de genre<sup>32</sup> puisque la réduction du temps de travail semble se généraliser.

## CONCLUSION

Le taux d'initiation de l'allaitement maternel en France est inférieur à celui des autres pays d'Europe. Pourtant, sa promotion est l'une des priorités de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui préconisait déjà en 2003 un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois. En France, la dernière recommandation date de 2015. Ce plan national nutrition-santé (PNNS) prévoit la mise en place de conseils appropriés et d'encouragements pour les mères allaitantes.

Puisque les femmes médecins généralistes sont le maillon central des soins de premier recours et puisqu'elles sont également concernées par l'allaitement à titre personnel, nous avons choisi de leur donner la parole et d'analyser leur ressenti.

L'allaitement par les femmes médecins est une thématique d'actualité avec ce nouveau projet de thèse (juin 2018) ayant cette fois-ci comme sujet : « l'allaitement maternel est-il compatible avec l'internat ou le clinicat, étude chez les internes et chefs de clinique en Occitanie ». Il sera intéressant de voir comment des statuts professionnels différents au sein du même métier peuvent influencer le déroulement de l'allaitement.

L'analyse thématique de nos entretiens a permis de faire émerger trois thèmes principaux :

- *Être médecin et allaiter, est-ce vraiment un avantage ?* Notre étude a mis en avant des difficultés spécifiques au métier de soignant lorsque l'on devient mère.
- *Être médecin allaitante, comment se faire soigner ?* La situation de soignant soigné telle qu'on la trouve dans la littérature n'est pas comparable à la situation de médecin pendant la maternité ; notre étude met en évidence des attentes inédites.
- *L'influence individuelle et collective de la féminisation de la médecine générale.* Si la féminisation a bien influencé l'assouplissement des modes d'exercice, on constate une uniformisation des comportements chez les jeunes médecins conduisant à une évolution sociétale et non de genre.

Parce qu'elles sont médecins, les femmes que nous avons interrogées ont exprimé des difficultés spécifiques à vivre « naïvement » leur allaitement, dans un rapport de soins particulier et souvent difficile avec leurs pairs, et sous le regard parfois stigmatisant de leurs patients.

Leurs attentes de soignante soignée sont différentes dans ce contexte de la maternité et elles souhaitent séparer vie personnelle et professionnelle.

Ce travail ouvre la voie à une réflexion sur les notions du lâcher-prise du médecin allaitant, la vision de la médecin-mère ainsi que sur le comportement du soignant prenant en charge un confrère. Nous avons également mis l'accent sur la problématique du rapport soignant-soigné. Bien que complexe, cette relation s'avère indispensable, alors même qu'il est préconisé de ne pas être son propre médecin référent.

En guise de message final, les participantes s'adressent à leurs consœurs qui décideraient d'allaiter. Elles se disent prêtes à les accompagner : « savoir qu'une femme médecin a réussi à le faire, cela montre que n'importe quelle femme médecin est susceptible de pouvoir le faire » (ES3).

Le Président du Jury

09/11/18  
Professeur Marie ~~Ève~~ ~~DOUGÉ~~ ~~BUGAT~~  
1, avenue Louis Meriot  
31500 TOULOUSE  
N° ADELI : 31 1 11793 1  
N° RPPS : 10100079234

Le Doyen de la Faculté

Toulouse, le 12/11/18  
Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de médecine Rangues  
Elie SERRANO

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Horta, B. L., World Health Organization & Department of Child and Adolescent Health and Development. *Evidence on the long-term effects of breastfeeding*. (WHO, 2007).
2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. *Allaitement maternel mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations. 2002*.
3. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. *PNNS 2011-2015 [Internet]. 2011 [cité 26 janv 2013]. Disponible sur : <http://www.mangerbouger.fr/pnns-2011-2015.html>*.
4. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Deux nouveau-nés sur trois sont allaités à la naissance. Avril 2016. Numéro 0958. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er958.pdf>.
5. Lelong N, Saurel-Cubizolles MJ & Bouvier-Colle MH. Durée de l'allaitement maternel en France. *Arch Pediatr* **7**, 571–2 (2000).
6. Bellenger, É. État des lieux des compétences des futurs médecins généralistes dans la prise en charge et l'accompagnement de l'allaitement maternel. (Université de Bordeaux, 2015).
7. Tribble, D. S.-C. Réalité, subjectivité et crédibilité en recherche qualitative : quelques questionnements. 13
8. Romelaer P. L'entretien de recherche. De Boeck. *Manag. Ressour. Hum. Méthodes Rech. En Sci. Hum. Soc. Sous Dir. Patrice Roussel Frédéric Wacheux* 101–37 (2005).
9. Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M. & Imbert, P. Introduction à la recherche qualitative. **19**, 4
10. Deloffre, B. Congé de maternité des Praticiennes libérales. *Syndicat MGFrance*.  
Disponible sur :  
<https://www.mgfrance.org/index.php/exercice/la-protection-sociale/la-maternite/co>

nges-maternite. (Accès : 30 octobre 2018)

11. Noirhomme-Renard, F. & Noirhomme, Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *J. Pédiatrie Puériculture***22**, 112–120 (2009).
12. Rouffignac, H. de. Allaitement et internat de médecine générale, est-ce compatible ? : enquête descriptive et transversale en France métropolitaine. (Université de Poitiers, 2014).
13. Portrait des professionnels de santé > édition 2016 > DREES; L'exercice ambulatoire des professionnels de santé p38.
14. Département universitaire de médecine générale Toulouse : Diplôme de docteur en médecine : THESE. Disponible sur : <https://dumg-toulouse.fr/categorie/diplome-de-docteur-en-medecine-these>. (Accès : 30 octobre 2018)
15. Reynes Lorenzi, A. Motivations des femmes à poursuivre l'allaitement maternel malgré les complications. (Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2013).
16. Dégrange, M. *et al.* Les mères confiantes en elles allaitent-elles plus longtemps leur nouveau-né ? */data/revues/0929693X/v22i7/S0929693X15001578/* (2015).
17. Raselinary, S. H. Grossesse et maternité pendant l'internat de médecine générale : conséquences et ressenti. Étude qualitative réalisée à partir de 15 entretiens semi-dirigés. *52* (2016).
18. Huet, F., Maigret, P., Elias-Billon, I. & Allaert, F. A. Identification des déterminants cliniques, sociologiques et économiques de la durée de l'allaitement maternel exclusif. *J. Pédiatrie Puériculture***29**, 177–187 (2016).
19. Allocations maternité chef d'entreprise. Disponible sur : <https://www.secu-independants.fr/sante/naissance-et-adoption/allocations-materni>

te/. (Accès : 29 octobre 2018)

20. Admin, S. La durée légale du travail. *Ministère du Travail* (2015). Disponible sur : <https://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/temps-de-travail/article/la-duree-legale-du-travail>. (Accès : 29 octobre 2018)
21. Une salariée peut-elle allaiter pendant les heures de travail ? Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1769>. (Accès : 29 octobre 2018)
22. Prieur, R. *Travail et allaitement, livret pratique pour concilier vie professionnelle et allaitement, p4*.
23. Plagnard, S. Difficultés et spécificités à soigner un confrère en médecine générale, en Midi-Pyrénées. (Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2017).
24. Bauguion, A., Jean-Paul, C. & Médicales, U. de N. U. de F. et de R. de M. et des T. *Quand le médecin généraliste soigne un de ses confrères une consultation difficile ?* ([s.n.], 2013).
25. Aguilon, S. & Marre, J. Qui soigne les médecins généralistes et leurs proches ? Thèse qualitative en " focus group " dans le Lot. (Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2015).
26. DUCLOUX M, COHEN BF. Dix-neuvième Jeudi de l'Ordre. Les filles d'Hippocrate : quand la médecine se féminise. Ordre National des Médecins 2003.
27. U.R.M.L. R.A. *Trois études sur la féminisation de la profession médicale. CAREPS 2005*.
28. Juillard, M. Savoir dire non à bon escient : vécu des internes en médecine générale. Etudes quantitative et qualitative auprès des internes de Médecine Générale de Paris V. (UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES Faculté de Médecine PARIS DESCARTES, 2015).
29. revue\_de\_litterature\_qualite\_de\_vie\_au\_travail HAS Juin 2016.
30. Robelet M. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35

ans. *Note Synthèse Pour Cons. Natl. L'Ordre Médecins* (2006).

31. Divay, S. Incidences de la féminisation de la profession de médecin en France sur le rapport au travail des étudiant-e-s et des jeunes généralistes - Formation Quelle égalité entre les hommes et les femmes ? *Colloq. Int. Organisé Par CLERSE* (2006).
32. Tirilly, C. La féminisation croissante de la médecine générale modifie-t-elle le point de vue des patients sur la Médecine et leurs médecins ? Enquête qualitative par entretiens semi-directifs. (Facultés de médecine de Nantes, 2011).
33. Lapeyre N & Le Feuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Rev. Fr. Aff. Soc.* **1**, 59–81 (2005).
34. CHESNEAU S. La féminisation de la médecine générale : conséquences et apports. (Univ. De Rennes I, Fac. Mixte de Médecine et Pharmacie de Rouen, 2004).
35. BESSIERE S. *La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. RFAS 2005; 1: 19-33.*

## ANNEXES

### **ANNEXE 1 : Lettre d'information**

Pour la *Thèse réalisée par LE RUMEUR Gwenaël et DE BRAECKLAER Sébastien, internes de médecine générale en 6ème semestre*

*Dans le cadre de la validation du Doctorat de Médecine Générale*

**Objet : Précisions concernant les objectifs de la thèse et du déroulement de l'entretien, à l'attention des femmes recrutées.**

Bonjour,

Nous sommes deux internes en médecine générale, nous débutons notre 6ème semestre.

Nous avons choisi de vous écrire dans le cadre de notre thèse sur l'allaitement.

Vous êtes une femme, médecin généraliste, vous avez eu des enfants et avez allaité ?

Nous avons besoin de vos impressions et de votre expérience.

L'objectif principal de notre travail est de définir les déterminants socioprofessionnels de l'allaitement des femmes médecins généralistes, exerçant en libéral en Midi-Pyrénées.

Les objectifs secondaires sont, d'évaluer la mise en jeu des connaissances et expériences professionnelles qui jouent un rôle dans la conduite de l'allaitement et d'évaluer les répercussions de la situation de « soignante-soignée ».

La finalité est d'évaluer l'influence de notre métier sur le déroulement de l'allaitement.

Vos impressions seront collectées lors d'un entretien d'une durée de 30 à 90 minutes, il sera réalisé selon vos disponibilités.

L'entretien sera enregistré et anonymisé, tout comme l'ensemble des données vous concernant.

Les résultats seront ensuite analysés et utilisés pour la soutenance de notre thèse, auprès de la Faculté de Médecine de Toulouse.

Confraternellement

Gwenaël et Sébastien

## ANNEXE 2 : Formulaire de consentement

Thèse réalisée par LE RUMEUR Gwenaël et DE BRAECKLAER Sébastien, internes de 6ème semestre. Dans le cadre de la validation du Doctorat de Médecine Générale,

Pour notre travail de fin d'étude, nous réalisons une recherche sur les déterminants socioprofessionnels de l'allaitement des femmes médecins généralistes libérales en Midi-Pyrénées.

Notre but est de vous donner la parole, afin que votre expérience nous permette d'étudier les facteurs influençant l'allaitement chez les femmes généralistes.

Les objectifs secondaires étant d'évaluer l'influence de votre métier sur le déroulement de l'allaitement et de comprendre les conséquences de cette situation de « soignante-soignée ».

### Réalisation de l'entretien :

D'une durée de 30 à 90 minutes, il sera réalisé selon vos disponibilités.

L'entretien sera enregistré et anonymisé, tout comme l'ensemble des données vous concernant.

Le lieu de la rencontre sera déterminé, avec votre accord, lors de la prise de contact initiale.

L'entretien est oral, individuel et des questions vous seront posées concernant le déroulement de votre allaitement, les contraintes auxquelles vous avez été soumises et *l'influence de votre métier sur votre allaitement*. Vous restez libre de quitter l'étude à n'importe quel moment, sans justification.

### Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits par écrit, mot-à-mot, de façon anonyme et confidentielle.

Ils seront ensuite détruits et les écrits conservés de façon sécurisée. Certaines citations pourront être utilisées de manière anonyme, dans la rédaction de la thèse.

Les résultats seront utilisés pour la soutenance de notre thèse, auprès de la Faculté de Médecine de Toulouse et peuvent éventuellement être publiés dans des revues médicales.

### Merci de noter vos initiales dans chaque case :

Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.

Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle, mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien, dans une thèse ou dans une publication.

Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant) \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Signature (investigateur) \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

## ANNEXE 3 : Avis favorable de la Commission d'éthique du DUMG



**Commission Ethique du Département de  
Médecine Générale de Midi Pyrénées**

Secrétariat : *Dr Motoko DELAHAYE*  
30 Avenue des Arcades, 12000 Le Monastère  
Tél. : 05.65.42.58.69 – Tél. Port : 06.88.05.55.52 – [motoko.delahaye@dumg-toulouse.fr](mailto:motoko.delahaye@dumg-toulouse.fr)

Président : Mme Laurencine VIEU  
Secrétaire : Mme Motoko DELAHAYE

### AVIS A LA COMMISSION ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE MIDI-PYRENNES

Renseignements concernant le demandeur :  
**Mme Le Rumeur Gwenael**  
Interne de Médecine Générale 6ème semestre  
10 rue des Gallois apt 2118 31400 Toulouse  
[gwenael.lerumeur@gmail.com](mailto:gwenael.lerumeur@gmail.com)  
0617800693

**Mr De Braeckelaer Sébastien**  
Interne de Médecine Générale 6ème semestre  
18 Rue du Languedoc 31000 toulouse  
[sebdbri@hotmail.com](mailto:sebdbri@hotmail.com)  
0661528022

Renseignements concernant le promoteur :  
Faculté de médecine de Toulouse Rangueil, DUMG,  
Mme le Docteur Christine Cerna  
Maître de stage des universités  
7 avenue de l'Europe 31600 Muret  
[cerma.christine@gmail.com](mailto:cerma.christine@gmail.com)  
0561512539

Titre complet de la recherche : Déterminants sociaux professionnels de l'allaitement chez les femmes médecins généralistes en exercice libéral en Midi Pyrénées

AVIS DE LA COMMISSION (Réservé à la Commission)

*AVIS FAVORABLE*

*N° 2018 - 005*

*LE 21/2/2018*



Dr Motoko Delahaye

## **ANNEXE 4 : Guide d'entretien de l'étude avant modifications**

**(Validé le 6 avril 2017)**

1. Questionnaire quantitatif (définition de la population d'étude)

âge actuel, âge de la (des) grossesse(s) ; nombre d'enfants ; planification des grossesses ; durée de l'allaitement espérée et réelle, tabac (consommation)

cadre professionnel (seule/groupe) ; installée/remplaçante ; lieu d'exercice (rural/urbain/semi-rural) ; nombre d'heures travaillées hebdomadaires ; orientation professionnelle gynéco-pédiatrique

2) Entretien individuel semi-dirigé

1. Avant votre accouchement, quelles mesures avez-vous mises en place, pour anticiper votre allaitement ?

x mère : moment du choix de l'allaitement; apprentissage des techniques;

x entourage : soutien du mari et de la famille

x soignant-soigné

x politiques de santé : prévision du congé maternité/aménagement du temps de travail

2. Quelle est votre expérience personnelle, vis-à-vis de l'allaitement ?

x mère : confiance en soi ; doute ; honte

x entourage : vécu négatif ou positif

3. Quelle est votre expérience professionnelle, vis-à-vis de l'allaitement ?

x soignant soigné : formation initiale ; formation continue ; mauvaises/bonnes expériences ; manque de connaissances

4. Quelles difficultés avez vous rencontrées à l'initiation de l'allaitement ?

x mère : mise au sein précoce ; apprentissage des techniques

x Enfant : mauvaise prise de poids

x soignant soigné : différence de prise en charge médecin/patient ; négligence de formation ; refus d'écouter les conseils d'autres soignants

5. Que diriez vous de votre prise en charge médicale, concernant l'allaitement, en tant que médecin et patiente ?

6. A la reprise du travail, quelles difficultés avez vous rencontrées à la poursuite de l'allaitement ?

x facteurs liés à la profession : organisation ; moyens disponibles ; flexibilité et soutien

7. Quelles ont été vos motivations à arrêter l'allaitement ?

8. Quel est le vécu de votre allaitement ?

9. Quelles sont vos suggestions, pour améliorer la poursuite de l'allaitement au travail, des médecins généralistes ?

**ANNEXE 5 : Guide d'entretien de l'étude après modifications**  
**(Validé le 05 février 2018)**

**1) Questionnaire quantitatif** (définition de la population d'étude)

- âge actuel
- âge de la (des) grossesse(s)
- nombre d'enfants
- état de santé des enfants
- complication grossesse et accouchement (mode d'accouchement)
- planification des grossesses
- expériences antérieures de l'allaitement
- durée de l'allaitement
- tabac (consommation)
- situation patrimoniale et familiale (un ou deux salaires)
- cadre professionnel (seule/groupe)
- installée/remplaçante
- lieu d'exercice (rural/urbain/semi-rural)
- nombre d'heures travaillées moyennes hebdomadaires
- Avez-vous réalisé des gardes a votre reprise de travail ?
- orientation professionnelle gynéco-pédiatrique

**2) Entretien individuel semi-dirigé**

**À faire ressortir : à votre avis, recentrer sur le fait d'être médecin, comparez-vous à une patiente**

**1. Racontez moi pourquoi en temps que **médecin**, vous avez décidé d'allaiter ?**

- A quel moment avez-vous choisi d'allaiter ? anticipation/découverte du contact entre le bébé et le sein.
- Votre formation de médecin, à votre avis, a eu une influence sur la décision d'allaiter ? sur la durée espérée ? sur le moment du choix ?
- Combien de temps avez vous espéré allaiter votre/vos enfants? pourquoi?
- Quels bénéfices attendiez-vous de votre allaitement ? bénéfices enfant/mère, relationnels, faire sa propre expérience
- Pensez vous qu'il y ait une durée minimale d'allaitement maternel, pour avoir des bénéfices?
- (Si un doute ressort dans l'entretien) En temps que médecin, vous avez eu des doutes, des craintes concernant votre allaitement ?

- Comment avez-vous vécu votre demande d'aide auprès d'autres professionnels de santé ? honte d'avoir recours aux professionnels de santé?
- Comment jugeriez-vous votre prise en charge par les équipes soignantes en tant que médecin par rapport à une femme non médecin ? Relance sur les conseils, l'empathie
- Comment les autres professionnels de santé réagissent lorsqu'ils apprennent votre profession ?

## 2. Quelle est votre expérience antérieure **professionnelle**, vis-à-vis de l'allaitement ?

- Quelle est votre formation concernant l'allaitement ? initiale ou continue
- Pensez vous que votre formation ait influencé votre choix vers l'allaitement ?
- Quels vécus avez-vous concernant l'allaitement chez vos patientes ? mauvaises et bonnes expériences
- Pensez-vous que le choix de votre maternité ait été influencé par votre expérience professionnelle ? choix d'une maternité pro-allaitement ; labélisée IHAB ; « hôpital ami des bébés »
- Expliquez moi comment le fait d'être médecin, vous ait influencé, en étant plutôt actrice ou spectatrice, dans la mise en place de votre allaitement (pensez à vous comparer à des proches non-médecins, par exemple) ? Demande au sein précoce
- Avez vous le sentiment que votre prise en charge médicale ait été différente (ou non), en temps que médecin ?

Relance par rapports a vos copines, à vos sœurs ?

- Comment la prise de poids de votre enfant a-t-elle influencée positivement ou négativement votre allaitement ? pesées itératives
- Le fait d'être médecin, vous a -t'il donné plus de confiance ? Dans quel domaine ?
- Le fait d'être médecin, vous a t il rendu moins insouciant? plus à l'affût? (*par rapport à l'allaitement et par rapport aux femmes non médecin*)

## 3. Quelles mesures avez-vous mises en place pour optimiser votre allaitement, sur le long terme, pendant le congé maternité?

Relance : pourquoi avez-vous anticipé cela ?

Est-ce que le fait d'être médecin a changé quelque chose ? qu'en diriez-vous ?

En quoi votre expérience professionnelle vous a-t-elle aidée pour optimiser votre allaitement ?

- Quelles ont-été les mesures mises en place professionnellement ?

prévision du congé maternité/aménagement du temps de travail/prévision de remplacement

Quelle a été l'organisation familiale ? entourage : soutien du mari et de la famille (présence disponibilité + encouragement), présence d'aides extra-familial/nounou

- A votre avis, le fait que vous soyez médecin a-t-il influencé cette organisation (familiale)? implication différente de la famille ? demande d'aide auprès de la famille ? retenue de la famille à proposer son aide ?
- Et au niveau de votre famille, avez-vous ressenti des pressions liées au fait que vous soyez médecin ? pas le droit à l'erreur, pas le droit à l'échec ? pression de devoir savoir.
- Avez vous notion que des personnes de votre famille ou de votre entourage aient allaité leurs enfants? *recherche d'impact d'un entourage favorable/défavorable à l'allaitement*

- Pensez vous que cela a influencé votre allaitement?
- Si cela a joué un rôle: c'est en tant que femme ou en tant que médecin?
- En quoi les cours de préparation à l'accouchement peuvent-ils être utiles à des femmes médecins? Quel(s) choix avez-vous fait concernant ces cours? préparation à l'accouchement et apprentissages des techniques

#### 4. Comment avez vous géré l'allaitement à la **reprise du travail** ?

- Comment avez-vous géré votre participation au planning de gardes? demande d'exemption, mesure mise en place, soutien des collègues ?
- Avez vous quelque chose à suggérer?
- Quelle a été votre organisation pour l'allaitement? Organisation, moyen, disponible, flexibilité des horaires; gardes et soutien des autres professionnels de santé

*Relance sur l'aide à l'organisation apportée par les autres professionnels de santé*

- Que pensez vous de l'influence de votre rythme de travail sur la qualité de l'allaitement ?
- organisation familiale

#### 5. Selon vous comment votre métier a t'il influencé le déroulement de l'allaitement ?

pour l'enfant, pour la mère,

fatigue, imprévue professionnelle

- Quel est votre sentiment par rapport à cette influence (du métier sur l'allaitement) *sentiment de culpabilité? resilience*
- Pensez vous que le fait d'être médecin vous a permis d'être plus armée à affronter les difficultés rencontrées lors de l'allaitement à la reprise du travail? (toujours par rapport aux femmes non-médecins)
- Pensez vous que votre fonction de médecin s'efface par rapport à la la qualité de mère? *dans la gestion de l'allaitement, dans la gestion de la maternité*

#### 6. En résumé quels sont, pour vous, les facteurs socio-professionnels **positifs** et **ceux limitants de l'allaitement** lié à la profession de médecin généraliste libéral ?

- Avez-vous des suggestions pour aider les femmes médecins généralistes qui le souhaitent à poursuivre l'allaitement ? Evolution de la prise en charge sociale lors des grossesses
- Pensez vous que l'amélioration de la prise en charge sociale du congés maternité soit favorable à une augmentation de la durée d'allaitement par les femmes médecins?

## **ANNEXE 6 : Extrait d'entretien**

Le fait d'être médecin vous a-t-il donné plus de confiance ? Dans quel domaine ?

[Hésitation] Peut-être, dans le sens où je savais que si il faisait bien pipi et qu'il mouillait bien les couches, c'est qu'à priori, il était bien nourri. Le fait d'avoir des selles assez fréquentes et qu'ensuite, il y en ait moins souvent, je savais que ça arrivait. Peut être que sur des petites subtilités du quotidien d'un bébé allaité ; enfin je n'étais pas inquiète sur des petites choses qui arrivent et qui peuvent peut être effrayer des mamans qui ne le savent pas.

Le fait d'être médecin vous a-t-il rendu moins insouciante? Plus à l'affût? [par rapport à l'allaitement et par rapport aux femmes non-médecins]

Plus à l'affût oui, par exemple, j'ai eu un engorgement, j'ai senti une douleur, du coup, j'ai vérifié la température, les ganglions et je me suis « auto traitée » on va dire. Donc oui, même si globalement ça s'est bien passé. Mais pas stressée, j'étais plus à l'affût des symptômes qu'il fallait surveiller, mais ça m'a pas stressée, puisque derrière, j'ai réussi à le prendre en charge assez rapidement ; donc je ne me suis pas sentie stressée.

Quelles mesures avez-vous mises en place pour optimiser votre allaitement sur le long terme, pendant le congé maternité ?

J'ai loué un tire-lait, et je me suis entraînée à tirer le lait et à faire des stocks de lait, que j'ai mis au congélateur et je me suis organisée après au travail, pour pouvoir..., enfin j'ai réfléchi un petit peu, à comment m'organiser, le planning pour tirer le lait, pour en donner à la nounou et pour qu'elle puisse en donner à mon fils. J'ai également beaucoup beaucoup lu sur Internet, ou des livres, j'ai essayé d'avoir des témoignages de personnes qui ont réussi à allaiter ; de savoir combien il fallait à peu près tirer, parce que, quand on allaite, on ne sait pas quelle quantité on donne, j'ai pas mal anticipé. Par contre la reprise m'a fait un peu stresser, je me disais que ça allait être difficile... [rires]



## ANNEXE 8 : Talon sociologique

Médecin	EG1	ES1	EG2	ES2	EG3	ES3	EG4	ES4	ES5
Âge actuel	32	28	35	35	35	32	33	35	45
Âges des grossesses	29 et 32	28	33 et 35	29 et 33	27 et 32	30	28 et 31	32	29 et 33
Nb d'enfants	2	1	2	2	2	1	2	1	2
Bonne santé des enfants	Oui	Oui	Oui	Oui	Malformation cardiaque et génitale	Oui	Prématurité pour 1er	Oui	Oui
Complications de la grossesse	2 césariennes	Non	Non	Non	2 MAP	Néphropathie	Une prématurité et une MAP	Non	Poussée de maladie inflammatoire post-partum
Planification des grossesses	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1re non 2e PMA	Oui	Oui	Oui
Expérience antérieure de l'allaitement	Famille	Famille	Amies	Thèse	Famille et DIU	Famille	Famille et formation continue	Non	Non
Durée de l'allaitement des enfants	4 mois et 3 mois	Toujours en cours, minimum 4 mois	9 mois, toujours en cours pour le second (minimum de 4 mois)	12 mois et 12 mois	3 mois et 6 mois	3 mois et demi	6 mois et 5 mois	2 ans et un mois	1 mois, pas d'allaitement pour le second
Durée espérée de l'allaitement	Le plus long possible	Le plus long possible	Au moins 6 mois	Jusqu'à lassitude	9 mois à un an	6 mois	Le plus long possible	3 mois	2 mois
Tabac	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Situation matrimoniale	Concubinage	Mariée	Concubinage	Mariée	Mariée	Mariée	Mariée	Concubinage	Mariée
Nb de salaires	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Médecin	EG1	ES1	EG2	ES2	EG3	ES3	EG4	ES4	ES5
<b>Cadre professionnel</b>	Groupe	Groupe	Groupe	Groupe	Groupe	Groupe	Groupe	Groupe	Groupe
<b>Statut</b>	Installée	Remplaçante	Remplaçante	Installée	Installée	Installée	Installée	Installée	1er remplaçante et 2e installée
<b>Lieu d'exercice</b>	Urbain	Urbain	Semi-rural	Urbain	Urbain	Semi-rural	Semi-rural	Semi-rural	Semi-rural
<b>Nb d'heures par semaines au moment de l'allaitement</b>	32 h	35-40 h	25 h pour le 1er, pas de reprise encore pour le 2e	35 h	40 h	40 h	44 h + administratif	40 h	55 h
<b>Garde pendant l'allaitement</b>	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Orientation gynécologie pédiatrie</b>	Gynéco non, pédiatrie oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

**Vécu de l'allaitement par les femmes médecins généralistes libérales en Midi-Pyrénées.**

**Directrice de thèse :** Docteur CERNA Christine

Faculté de Toulouse RANGUEIL, soutenue publiquement le 4 décembre 2018

---

**Introduction :** L'objectif principal étudie le ressenti de l'allaitement par les femmes médecins généralistes libérales en Midi-Pyrénées. L'objectif secondaire explore la relation soignant-soigné pendant l'allaitement. **Méthode :** étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels incluant des femmes médecins ayant allaité. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits intégralement, puis analysés. Ils ont été arrêtés après saturation des données. **Résultats :** de juin 2017 à mai 2018, neuf médecins ont été interrogées. Il existe un ressenti ambivalent sur l'allaitement. Les connaissances et l'organisation du travail peuvent être à double tranchant. Les participantes sont en recherche d'un anonymat statutaire lors de leur prise en charge. **Conclusion :** être médecin n'est pas qu'un avantage dans la conduite de l'allaitement. La profession empêche une « naïveté » permettant de lâcher prise. La relation aux professionnels de santé et le statut de médecin-mère pour les patients en sont les causes. Les attentes dans le soin sont différentes pour les participantes dans le contexte de la maternité. Elles souhaitent séparer leurs vies personnelle et professionnelle.

---

**Breastfeeding experience of female private general practitioners in Midi-Pyrénées**

**Introduction:** The primary objective studies the experiences of female private general practitioners in Midi-Pyrénées. The secondary objective explores the caregiver/care receiver relationship during breastfeeding. **Method:** Qualitative study through individual semi-structured interviews with female physicians who have practiced breastfeeding. The interviews were recorded, fully transcribed, and then analyzed. They were discontinued once data saturation was reached. **Outcomes:** Between June 2017 and May 2018, nine physicians were interviewed. There are mixed feelings regarding breastfeeding. Scientific knowledge and work organization can prove to be a double-edged sword. Participants seek anonymity with regards to their status during when receiving care. **Conclusion:** Being a physician is not only an advantage during breastfeeding. Their occupation prevents mothers from feeling "naive" and letting go, and the relationship with healthcare professionals as well as the mother-physician status are contributing factors to these challenges. The expectations with regards to care are different in the context of motherhood - mothers wish to keep their private and professional lives separate.

---

Keywords : breastfeeding, general medicine, caregiver/care receiver, maternal breastfeeding, breastfeeding duration, influencing factors for breastfeeding.

---

Discipline administrative : Médecine Générale

---

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France