

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le mardi 12 mars 2019
par Madame Lise HONORÉ

**Enquête sur l'allaitement chez les
internes et chefs de clinique
d'Occitanie.
Étude quantitative par questionnaire.**

Directrice de thèse : Madame le Docteur Florence DURRIEU

Jury :

Madame le Professeur Marie Eve ROUGÉ-BUGAT	Président
Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU	Assesseur
Madame le Docteur Anne FREYENS	Assesseur
Madame le Docteur Florence DURRIEU	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

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

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

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. BONNEVIALLE 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. CHAUVEAU 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. MALAUAUD 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)	Hépto-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane Médecine Générale

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-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. FOURNIÉ 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	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédéricque	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. ACAR 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 BURA-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 Arnaud	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. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
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

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-STÖWHAS 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	Ophtalmologie
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

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC 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 TREMOLLIERES 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. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
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. DEDOIT 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

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

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

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

Aux membres du jury,

Madame le Professeur Marie Eve ROUGÉ-BUGAT,

Président du jury,
Professeur des Universités,
Maître de stage Universitaire ambulatoire,
Praticien ambulatoire de médecine générale.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie de l'attention que vous portez à ce travail, en espérant qu'il soit à la hauteur de vos attentes. Recevez l'expression de mon profond respect.

Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU,

Maître de Conférences Universitaires,
Maître de stage Universitaire ambulatoire,
Praticien ambulatoire de médecine générale.

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury de thèse. Merci pour votre implication et votre bienveillance auprès des internes de médecine générale. Recevez l'expression de ma sincère reconnaissance.

Madame le Docteur Anne FREYENS,

Maître de Conférences Associées de Médecine Générale,
Maître de stage Universitaire ambulatoire,
Praticien ambulatoire de médecine générale.

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury de thèse. Je suis honorée que vous puissiez juger mon travail sur l'allaitement, thématique qui vous tient tant à cœur. Recevez l'expression de ma sincère reconnaissance.

Madame le Docteur Florence DURRIEU,

Chef de clinique de Médecine Générale,
Praticien ambulatoire de médecine générale.

Je te remercie pour cette année de travail à tes côtés, tes conseils et tes encouragements ont été précieux pour moi.

A ma famille,

A Gabrielle, ma petite mimine. Te voir grandir tous les jours à nos côtés est un vrai bonheur depuis déjà presque deux ans. Tu as ce petit rire qui fait fondre tout le monde. A toutes ces belles années qui s'offrent à nous, je t'aime !

A Xavier, mon mari. Tu es ce conjoint extraordinaire que tout le monde rêverait d'avoir, ce père merveilleux pour notre fille. Mais également un soutien sans faille durant toutes ces longues années d'études. JE T'AIME.

A mes parents, merci pour vos encouragements, votre écoute, vos précieux conseils durant toutes ces années. Merci d'avoir su me transmettre vos valeurs qui ont fait de moi votre fille, mais aussi la mère que je suis aujourd'hui, et le médecin que je serai demain. Je vous aime.

A mes frangins, Matthieu et Stanley. Même si la distance nous sépare un peu trop à mon goût, je suis sûre que vous penserez à moi aujourd'hui.

Matthieu, mon grand frère, tu es sur le point de devenir Papa, je sais qu'**Olivia**, toi et **Foie Gras** formerez une très jolie famille, je vous souhaite tout le bonheur possible pour ce nouveau chapitre de votre vie. Je vous aime.

Stan, mon petit frère, que souvent on croit plus grand que moi...plein de caractère, de détermination, mais aussi de créativité à travers ton objectif, je te souhaite le meilleur pour la suite. Je t'aime.

A mes grands-mères, **Mémé** et **Nicolou**, parties avant que je n'ai eu le temps de finir mes études, 10 ans c'est trop long. Vous étiez si fières de savoir qu'un jour je serai médecin, je crois qu'on y est presque ! Je vous aime.

A tous mes maîtres de stages,

Le **Docteur Anne Freyens**, tu m'as accueillie durant mon premier stage en ambulatoire. Tu as su me montrer tous tes gestes avec patience, et m'initier à l'allaitement. Merci.

Les **Docteurs Emeline Ducos de la Hitte, Sandra Mahaie, et Marc Lorrain**, le trio de Villeneuve. Un trio qui m'a déjà accueillie 3 fois ! En tant qu'externe, j'ai alors compris à vos côtés ce que je voulais faire, la médecine générale, une vraie révélation pour moi ! Puis je suis revenue deux hivers de suite, d'abord à vos côtés. J'en garde de très bons souvenirs, et en particulier des consultations, des visites et des fous rires mémorables. N'est ce pas Emeline ? Et cette année, vous m'accompagnez dans mes débuts en autonomie. Merci pour votre large contribution au médecin que je serai à l'avenir.

Un remerciement particulier à toi, Emeline, pour tous tes bons conseils dans l'élaboration de cette thèse, tes encouragements sur mes capacités de rédaction et ta bienveillance.

Les **Docteurs Caroline Landon, Julie Dupouy et Pierre Boyer**, de Pins Justaret, pour tous vos débriefings, vos conseils lors de ces six mois passés ensemble. Merci

Au **Docteur Philippe Hilary**, mon médecin de famille. Merci pour votre soutien durant toutes ces années, et d'avoir su me donner envie de me lancer dans ces études de médecine. Merci.

A mes amies,

Camille et Ségolène, présentes à mes côtés depuis le collège, et témoins de tous les grands événements importants pour moi.

Je crois qu'on les aura toutes faites ensemble, des fous rires dans les couloirs du lycée : mais troooooop pas Camille !! A nos idées les plus folles : tiens si on faisait du bateau gonflable dans un canal, pour finir tractées par un voilier, hein Ségo ? N'oubliez pas, c'est moi qui détiens tous les dossiers !

Aujourd'hui encore vous faites le déplacement depuis la capitale pour me voir devenir médecin. C'est à ça que l'on reconnaît ses meilleures amies, des amies en or ! Je vous aime les coupines.

A **Marie**, ma copine de fac, on s'est serré les coudes durant l'externat, l'internat et aujourd'hui tu es toujours là, présente et partante pour toutes les occasions ! Je te souhaite tout le bonheur possible dans ta nouvelle vie albigeoise. Merci pour tout.

A **Hélène**, co-interne de psy de Lannemezan. A nos soirées d'internat, tes crêpes bretonnes même si tu es nantaise à la base 😊, le ski, les soirées miss France et les princes de l'amour... on termine l'internat en même temps, et je sais qu'on restera en contact un bon moment ! De toute façon, on se voit la semaine prochaine, mais cette fois on inverse les rôles !

A **Marion**, comme dirait Xavier, je lui ai piqué sa copine ! On est devenues maman presque en même temps, ce qui nous a énormément rapprochées. Merci pour toutes ces heures de discussions très enrichissantes, et nos commérages ! On avait le même terme cette fois-ci, un petit loulou pour toi et une thèse pour moi. Plein de bonheurs à vous quatre !

Table des matières

Introduction.....	1
Matériel et méthodes.....	5
1/ Type d'étude.....	5
2/ Population étudiée.....	5
3/ Critères d'inclusion.....	5
4/ Critères d'exclusions.....	5
5/ Recueil de données.....	5
6/ Questionnaire.....	7
7/ Outil statistique.....	8
8/ Stratégie d'analyse.....	8
Résultats.....	9
1/ Caractéristiques de l'échantillonnage.....	9
- Inclusion, exclusion, flow chart.....	9
- Age moyen.....	10
- Nombre d'enfant par mère.....	10
- Répartition de la population étudiée.....	10
2/ Données sur l'allaitement.....	12
- Réalisation du projet d'allaitement, taux d'allaitement.....	12
- Durées d'allaitement.....	12
- L'allaitement par spécialité.....	13
3/ La reprise du travail.....	14
- Moment de la reprise.....	14
- Validation du stage ou non.....	15
- Validation selon le moment de la reprise, pour les internes.....	15
- Lieu de la reprise du travail.....	15
- Horaires de travail après la reprise.....	16

- Eloignement géographique.....	16
- Respect des dispositions légales.....	16
4/ La poursuite de l'allaitement après la reprise du travail	17
- Arrêt de l'allaitement.....	17
- Poursuite de l'allaitement selon la spécialité d'exercice.....	18
- Poursuite de l'allaitement selon le CHU d'origine.....	18
- Poursuite de l'allaitement selon le moment de la reprise	19
- Poursuite de l'allaitement selon la charge de travail	19
- Poursuite de l'allaitement selon le lieu de la reprise.	20
- Poursuite de l'allaitement selon le statut validant ou non du stage.....	20
- Poursuite de l'allaitement selon l'éloignement géographique.....	21
- Poursuite de l'allaitement selon le respect des dispositions légales.....	21
5/ Accord du projet d'allaitement	21
- Accord du projet seul	21
- Accord du projet selon le statut de la mère	21
- Accord du projet selon les spécialités	22
- Accord du projet selon le CHU d'origine.....	22
- Accord du projet selon la poursuite de l'allaitement.....	23
- Accord du projet selon le moment de la reprise	23
- Accord du projet selon la charge de travail	24
- Accord du projet selon le lieu de la reprise	24
- Accord du projet selon la validation (pour les internes seulement)	25
- Accord du projet selon l'éloignement géographique	25
- Accord du projet selon le respect des dispositions légales.....	26
- Accord du projet selon l'incidence des conditions de travail sur l'arrêt de l'allaitement après la reprise.	26
Discussion	27

1/ La population étudiée.....	27
2/ Les données d'allaitement.....	27
3/ La reprise du travail	31
4/ La poursuite de l'allaitement après la reprise du travail	33
5/ Accord du projet d'allaitement	35
6/ Limites de notre étude.....	37
Conclusion	39
Bibliographie.....	41
Annexe 1 : Questionnaire.....	43

Liste des abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Plan National Nutrition Santé

EPIFANE : Epidémiologie en France de l'Alimentation et de l'état Nutritionnel des Enfants

ELFE : Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

AIMG-MP : Association des Internes de Médecine Générale – Midi Pyrénées

SILR : Syndicat des Internes Languedoc Roussillon

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

CM : Congé Maternité

SASPAS : Stage en Autonomie en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés

Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande l'allaitement maternel exclusif au sein durant les six premiers mois de l'enfant (1). Pour y parvenir, elle préconise de débiter l'allaitement maternel dès la première heure de vie de l'enfant, à la demande, et ce de façon exclusive sans apporter d'eau à l'enfant. (1) Le lait maternel est le premier aliment naturel pour les nourrissons. Il fournit toutes les calories et les nutriments dont l'enfant a besoin pendant les premiers mois de la vie. Il favorise le développement sensoriel et cognitif et protège le nourrisson contre les maladies infectieuses et chroniques. L'allaitement au sein contribue également à la santé et au bien-être des mères. (1)

En France, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) recommande l'allaitement de façon exclusive jusqu'à 6 mois et au moins jusqu'à 4 mois pour un bénéfice significatif sur la santé. (2)

En France, l'âge moyen au premier enfant est de 28,5 ans en 2015 (3) et l'âge moyen de la mère à l'accouchement est de 30,6 ans. (4) En Occitanie, en 2017, la natalité est de 10 enfants pour mille habitants (5), avec un âge moyen des mères à la naissance de 30,8 ans. (6)

Plusieurs études se sont intéressées aux déterminants de l'allaitement maternel en France. L'étude EPIFANE (épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants durant leur première année de vie) est une étude quantitative dont l'objectif était d'estimer la durée de l'allaitement maternel. La population d'étude comprenait 3368 couples mère/enfant, recrutés en 2012 dans 136 maternités. La durée de suivi était d'un an. Les résultats montrent que la durée médiane d'allaitement maternel était de 105 jours soit environ 15 semaines. La durée d'allaitement exclusif était de 24 jours soit un peu plus de 3 semaines. A 6 mois, 23 % des enfants étaient encore allaités dont 1,5 % de façon exclusive.

La cohorte ELFE (étude longitudinale Française depuis l'enfance) en 2011, s'est intéressée à la prévalence de l'allaitement maternel à la maternité selon notamment les caractéristiques des parents. 18 228 enfants ont été inclus à la naissance, dans le but d'être suivis jusqu'à l'âge adulte. Les résultats montrent que 70,5% des enfants étaient allaités à la maternité dont 59% de façon exclusive. Le taux d'allaitement était le plus fort après 30 ans avec 85,9% des mères allaitant. (7)

L'analyse des données recueillies par les certificats médicaux obligatoires du 8ème jour, du 9ème mois et de la deuxième année, en 2011 et 2012, permet également d'évaluer l'allaitement. La durée moyenne d'allaitement est de 19 semaines. La médiane d'environ 15 semaines. On estime qu'environ 10% des mères arrêtent l'allaitement dès la sortie de la maternité. A 6 mois 18,5% des enfants sont encore allaités. (8)

En ce qui concerne le travail et l'allaitement maternel, dans l'étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) réalisée à partir des certificats médicaux, le sevrage de l'allaitement maternel apparaît en France très précoce et correspond à la période de la fin du congé maternité pour les grossesses de rang 1 et 2, et donc à la reprise éventuelle d'une activité professionnelle. La part des enfants allaités, de façon exclusive ou mixte, n'est plus que de 50% à 5 semaines et de 40% à 11 semaines. (8)

Dans l'étude ELFE évoquée plus haut, les mères qui envisagent, lors de l'enquête du 2ème mois, de reprendre le travail moins de 10 semaines après leur accouchement ont allaité moins longtemps leur enfant, tandis que les mères en congé parental ou souhaitant reprendre le travail plus de 18 semaines après leur accouchement ont allaité plus longtemps leur enfant.

Les résultats par catégorie socioprofessionnelle montrent que 90% des cadres ou des femmes ayant des professions intellectuelles supérieures allaitent leur enfant, contre 80,6% des ouvrières et 76,8% des mères sans profession. 87,5% des mères ayant fait des études supérieures allaitent. (7)

Concernant l'allaitement chez les professionnelles de santé il existe peu de données.

En 2013 Florence Mareschal, sage-femme, a réalisé une enquête qui s'est intéressée à l'allaitement maternel lors de la reprise du travail chez 51 mères travaillant dans des services médico-chirurgicaux du CHU de Besançon. La durée d'allaitement souhaitée initialement, la résolution des difficultés d'allaitement, les informations données par la médecine du travail, et le soutien font parties des facteurs influençant le maintien ou non de l'allaitement. Le maintien de l'allaitement au travail est favorisé par un service mettant à disposition une salle fermée avec des tire-laits. (9)

En 2014 une enquête a été réalisée sur des internes en DES de médecine générale dans le cadre d'une thèse. Le taux d'allaitement retrouvé dans cette étude était de 79%. Parmi les internes, 52,1% ont déclaré que la durée réelle de leur allaitement n'était pas en accord avec leur projet d'allaitement initial. Les 3 premières causes déclarées de cet échec étaient la reprise du travail, les horaires de travail incompatibles avec l'allaitement et la perception d'une insuffisance de lait. (10)

Depuis le 1er mai 2015, le décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes est entré en vigueur. La loi, régie par les articles R. 6153-1 à R. 6153-44 du Code de la Santé Publique, prévoit désormais qu'un interne travaille huit demi-journées par semaine en moyenne sur le trimestre en stage. Auxquelles s'ajoutent deux demi-journées par semaine en moyenne sur le trimestre de formation sous la responsabilité du coordonnateur de sa spécialité ou de manière autonome pour consolider et compléter ses connaissances et ses compétences. La formation en stage, incluant le temps de garde et d'intervention en astreinte, et le temps de formation hors stage ne peuvent excéder quarante-huit heures par période de sept jours, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de trois mois. L'article R. 6153-2.-I du Code de la Santé Publique précise que l'interne bénéficie d'un repos de sécurité immédiatement à l'issue de chaque garde et à l'issue du dernier déplacement survenu pendant une période d'astreinte. Le temps consacré au repos de sécurité ne peut donner lieu à l'accomplissement des obligations de service en stage et hors stage. (11)

Devant la féminisation grandissante de la profession de médecin, il est donc apparu intéressant d'étudier l'impact de notre profession sur les pratiques d'allaitement. Au vu de la longueur des études, d'au moins 9 ans, de plus en plus en d'internes et de chefs de clinique deviennent mères avant même la fin de leur parcours universitaire. L'internat et le clinicat représentent des périodes professionnelles intenses, avec un rythme de travail soutenu, alternant pour la majeure partie des spécialités des périodes de travail de jour, de nuit et de week-end. A cela s'ajoute le temps de travail et de formation personnel, pour la réalisation du mémoire de DES, et du travail de thèse notamment.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer si le projet initial d'allaitement est respecté ou non au cours de l'internat ou du clinicat en Occitanie, toutes spécialités confondues. Les objectifs secondaires sont d'étudier les déterminants de l'allaitement dans cette population, de réaliser une analyse par spécialité et également par CHU, entre Toulouse et Montpellier.

Matériel et méthodes

1/ Type d'étude

Nous avons réalisé une étude quantitative transversale observationnelle.

2/ Population étudiée

La population cible est représentée par l'ensemble des internes et chefs de cliniques d'Occitanie de sexe féminin, ayant eu un ou plusieurs enfants.

3/ Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont :

- Etre interne ou chef de clinique des facultés de médecine de Toulouse Purpan, Toulouse Rangueil et Montpellier-Nîmes, toutes spécialités confondues.
- Avoir eu au moins un enfant né pendant l'externat, l'internat ou le clinicat,
- Avoir ou non allaité son ou ses enfants.

4/ Critères d'exclusions

Ont été exclus :

- Les internes et chefs de cliniques femmes n'ayant pas d'enfant.
- Les hommes
- Les femmes ayant eu des enfants pendant l'internat ou le clinicat mais n'étant plus interne ou chef de clinique au moment du recueil.

5/ Recueil de données

Le recueil des données s'est effectué auprès des internes et chefs de clinique d'Occitanie à l'aide d'un auto-questionnaire disponible sur internet, via la plateforme Google Form.

Le recueil de données a été réalisé par la diffusion du questionnaire par internet, principalement via le réseau social Facebook.

Plusieurs demandes ont été réalisées auprès des solidarités de Toulouse et Montpellier et auprès des administrations des CHU (affaires médicales) mais n'ont pas permis la diffusion du questionnaire.

L'association d'étudiants représentée par l'Internat de Toulouse a accepté de diffuser le questionnaire sur sa page Facebook uniquement.

L'Association des Internes en Médecine Générale de Midi Pyrénées (AIMG-MP) a facilement accepté de transmettre le questionnaire à l'ensemble des internes adhérents via sa « gazette des thèses » numéro 13 parue le 17 septembre 2018.

Le Syndicat des Internes de Languedoc Roussillon (SILR) n'a pas souhaité transmettre le questionnaire à ses adhérents. Pour atteindre les internes dépendant du CHU du Montpellier, le questionnaire a été diffusé sur la page Facebook « Solidarité SOS Sujet de thèse », créé par les internes directement.

Les chefs de clinique ont été sollicités via les associations étudiantes ou par contact direct de certaines d'entre-elles par courrier électronique.

Enfin, la dernière page du questionnaire incitait les participantes à transmettre celui-ci dans leur entourage, aux personnes directement concernées.

Le premier envoi du questionnaire a eu lieu à la fin des vacances d'été la semaine du 30 août 2018.

Une première relance a été faite au début du mois d'octobre 2018, sur les groupes Facebook précédemment cités, ainsi que sur les groupes des promotions des internes de médecine générale de Toulouse des années 2015, 2016, 2017.

Une deuxième relance a été faite le 19 novembre 2018, par les mêmes voies. Celle-ci visait principalement à inclure les internes et chefs de clinique ayant repris le travail au début du mois de novembre, lors du nouveau semestre.

Le recueil de données a été clôturé le 03 décembre 2018.

6/ Questionnaire

Un précédent travail de thèse réalisé en 2014 a étudié l'allaitement maternel uniquement chez les internes de médecine générale. Nous avons décidé de nous inspirer de ce questionnaire et de le retravailler pour l'adapter à cette thèse afin de le raccourcir et d'obtenir un ensemble de résultats pertinent pour notre analyse.

Le questionnaire a été élaboré avec l'aide de l'atelier questionnaire du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse, il a ensuite été testé auprès de 4 internes toulousaines, avant d'arriver à sa version définitive.

Le questionnaire définitif (Annexe 1) est majoritairement composé de questions fermées à choix multiples ou de questions amenant à des réponses courtes chiffrées.

Chaque interne ou chef de clinique concernée n'a rempli qu'un seul questionnaire, avec la possibilité de renseigner des situations d'allaitement pour 4 enfants maximum.

Les questions 1 à 5 étudient les données générales (âge, sexe, faculté d'origine, spécialité et nombre d'enfants).

Les questions 6 à 22 étudient le premier enfant comme suit :

- Questions 6 à 12 : moment de la naissance et données d'allaitement.
- Questions 13 à 18 : reprise du travail.
- Questions 19 à 22 : allaitement maternel après la reprise du travail.

Ces questions 6 à 22 se répètent ensuite 3 fois afin d'étudier les éventuels autres enfants de la fratrie, selon la même répartition, pour un nombre total de 4 enfants (soit 76 questions au total pour 4 enfants concernés).

Le nombre de 4 enfants maximum a été choisi pour cette enquête car dans la thèse réalisée précédemment la plus grande fratrie était composée de 4 enfants et cette situation ne concernait qu'une seule interne.

7/ Outil statistique

Les données recueillies ont été traitées avec le logiciel Excel[®] afin de créer une base de données informatique et de les analyser avec ce même logiciel.

Nous avons créé un tableur, avec une ligne par enfant. Toutes les données ont été chiffrées afin de faciliter l'analyse.

8/ Stratégie d'analyse

Pour l'analyse des données, nous n'avons gardé que les questionnaires répondant aux critères d'inclusion.

Nous avons exclu de l'analyse les enfants nés durant l'externat dont l'allaitement ne concernait pas la période de l'internat.

Les données ont d'abord été analysées seules afin d'obtenir les caractéristiques de l'échantillon ainsi que les données générales sur l'allaitement dans la population étudiée.

Ensuite nous avons réalisé de nombreux tableaux croisés dynamiques afin d'aller plus loin dans l'analyse et de relier les données entre elles.

Résultats

Nous avons obtenu 63 questionnaires remplis via le formulaire en ligne.

1/ Caractéristiques de l'échantillonnage.

- Inclusion, exclusion, flow chart

Parmi les 63 réponses, quelques questionnaires ne remplissaient pas les critères d'inclusion de notre étude et ont donc été exclus.

Ainsi 5 hommes ont répondu à l'enquête et sont donc exclus.

On identifie 58 femmes pour un total de 77 enfants.

Parmi eux, 6 enfants nés avant l'externat ont été exclus car leurs situations d'allaitement ne concernaient pas la période de l'internat.

Trois enfants supplémentaires nés durant l'externat ont également été exclus, car leur allaitement était terminé au moment de l'internat.

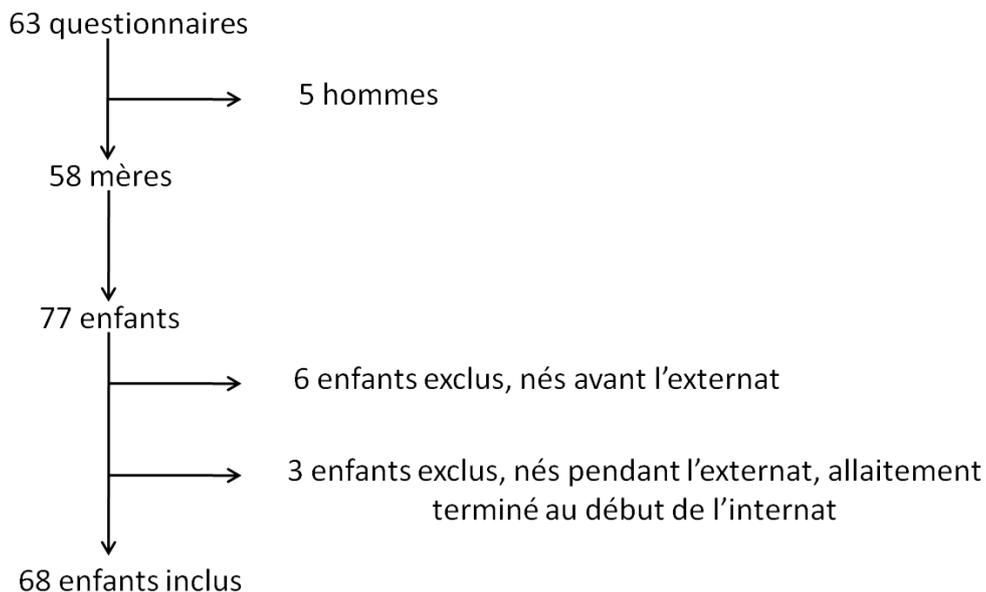


Figure 1 Flow Chart

- **Age moyen**

Les âges des mères au moment du recueil vont de 25 à 40 ans, pour une moyenne de 29,9 ans et une médiane de 29 ans.

- **Nombre d'enfant par mère**

Le nombre d'enfant par femme va de 1 à 4 enfants, pour une moyenne de 1,4 enfants par mère pour une médiane de 1 enfant par mère.

1 enfant	2 enfants	3 enfants	4 enfants
41	13	2	2

Tableau 1 Répartition du nombre d'enfants par mère

- **Répartition de la population étudiée.**

Quarante neuf des enfants étudiés sont nés pendant l'internat, 4 durant l'externat et 15 durant le clinicat.

Dans notre échantillon, 14 spécialités médicales et chirurgicales différentes sont représentées. 47 participantes sont originaires de la faculté de Toulouse, et 11 de celle de Montpellier. La spécialité la plus représentée est la médecine générale (n=29), suivie de la pédiatrie (n=10).

Malheureusement une personne a mal renseigné sa spécialité, en mentionnant le chiffre « 1165 », et nous n'avons pas réussi à retrouver à quelle spécialité il pouvait correspondre. Ses données ont donc été exclues des analyses par spécialité.

Spécialité	Faculté d'origine		Total
	Toulouse	Montpellier	
Médecine générale	25	4	29
Pédiatrie	8	2	10
Médecine Physique Réadaptation	0	1	1
Endocrinologie	1	1	2
Oto-rhino-laryngologie	0	1	1
Chirurgie orthopédique	0	1	1
Médecine interne	1	0	1
Gastro-entérologie	1	0	1
Anesthésie Réanimation	3	0	3
Radiologie	1	0	1
Gynécologie	3	0	3
Rhumatologie	1	0	1
Hématologie	1	1	2
Ophtalmologie	1	0	1
Total	46	11	57

Tableau 2 Répartition des mères par spécialité et faculté d'origine

2/ Données sur l'allaitement.

- Réalisation du projet d'allaitement, taux d'allaitement

Parmi les 68 enfants concernés par cette étude, les mères ont exprimé un souhait d'allaitement pour 65 d'entre eux et 60 ont effectivement été allaités après la naissance.

Le taux d'allaitement dans cet échantillon est donc de 88%.

Cinq mères ont souhaité allaiter durant l'internat mais n'ont pas pu mener à bien ce projet. 4 d'entre-elles sont en médecine générale, et une en ophtalmologie.

Trois mères n'ont pas souhaité allaiter leur enfant, et ont déclaré que cette décision n'était pas en lien avec leurs conditions de travail.

Souhait d'allaitement	Allaitement		Total
	Oui	Non	
Oui	60	5	65
Non	0	3	3
Total	60	8	68

Tableau 3 Réalisation du projet d'allaitement

- Durées d'allaitement

On considère l'allaitement maternel exclusif comme étant la durée pendant laquelle l'enfant n'a reçu que du lait maternel, y compris après la diversification.

L'allaitement mixte lui, comprend la durée d'allaitement exclusif ainsi que la durée où l'enfant a reçu du lait maternel et du lait maternisé artificiel en complément.

Dans cet échantillon, les durées d'allaitement exclusif varient de 1 à 75 semaines pour une moyenne de 17,6 semaines. La répartition de ces durées n'est pas homogène car la médiane, de 13 semaines, est éloignée de la moyenne.

Les durées d'allaitement total, (allaitement exclusif et mixte) s'échelonnent entre 3 et 117 semaines, de façon non homogène, pour une moyenne de 28 semaines.

	Moyenne	Minimum	Maximum	Médiane
Allaitement exclusif	17,6	1	75	13
Allaitement total	28	3	117	20

Tableau 4 Durées d'allaitement en semaines

On considère que 6 mois font environ 25 semaines. Parmi les 60 enfants allaités, 21 l'étaient encore après ce délai de 25 semaines, soit 35% d'entre eux, dont 14 de façon exclusive soit 23,3%.

- **L'allaitement par spécialité**

Le taux d'allaitement est de 81,8% en médecine générale, 92% en pédiatrie. Les mères des autres spécialités ont toutes allaité, sauf en ophtalmologie.

En allaitement exclusif ce sont les internes et chefs de clinique d'anesthésie-réanimation (36,5 semaines en moyenne) et d'orthopédie (36 semaines en moyenne) qui allaitent le plus longtemps, suivies des endocrinologues (20 semaines en moyenne).

La spécialité de médecine générale, qui est la plus représentée en termes d'effectifs, montre une durée moyenne d'allaitement exclusif de 17,3 semaines, pour une médiane de 13 semaines. 50% des mères en médecine générale allaitent donc 13 semaines ou moins. La moyenne est largement supérieure car les mères ayant allaité le plus longtemps sont internes ou chefs de clinique en médecine générale.

En allaitement total, l'endocrinologie arrive en tête avec une durée moyenne d'allaitement de 44,7 semaines, suivie de l'anesthésie réanimation (40 semaines en moyenne) et l'orthopédie (37 semaines en moyenne). La médecine générale montre une moyenne de 25,7 semaines d'allaitement total.

Spécialité	Souhait allaitement		Allaitement		Durée d'allaitement moyenne en semaines	
	Nombre (taux %)		Nombre (taux %)		Moyenne (médiane)	
	Oui	Non	Oui	Non	Exclusif	Total
Médecine générale	31(93,9%)	2	27(81,8%)	6	17,3(12)	25,7(20)
Pédiatrie	13(92,9%)	1	13(92,9%)	1	16,9(16)	34,1(20)
Médecine Physique Réadaptation	1		1		14	17
Endocrinologie	3		3		20(25)	44,7(45)
ORL	1		1		10	13
Chirurgie orthopédique	1		1		36	37
Médecine interne	1		1		7	19
Gastroentérologie	1		1		12	14
Anesthésie Réanimation	4		4		36,5(30,5)	40(36,5)
Radiologie	1		1		23	25
Gynécologie	3		3		2(1)	10,7(10)
Rhumatologie	1		1		10	30
Hématologie	2		2		8,5	14,5
Ophtalmologie	1			1		
Total	64	3	59	8	17,4	27,9

Tableau 5 Données d'allaitement par spécialité

3/ La reprise du travail

- Moment de la reprise

Les internes et chefs de clinique ont repris le travail à la fin du congé maternité (CM) théorique pour 36 d'entre-elles.

Huit mères, dont 2 chefs de clinique, ont repris le travail plus tôt que le congé maternité de la sécurité sociale.

Dans 2 cas, la mère a eu une période d'arrêt de travail en maladie avant de reprendre le travail.

Enfin, dans 14 cas la mère a pris une disponibilité auprès de la faculté, ou un congé parental avant la reprise du travail. Cela concernait 3 chefs de clinique et 11 internes.

Les chefs de clinique n'ont pas eu recours à un arrêt maladie avant la reprise de leur activité professionnelle.

- Validation du stage ou non

Lors de leur reprise, 35 internes ont repris le travail lors d'un stage validant pour leur formation (au moins 4 mois de travail sur les 6 mois que compte le semestre). 9 mères ont eu recours à un stage en surnombre non-validant.

Les chefs de clinique (N=15) n'étaient pas concernées par cette question.

- Validation selon le moment de la reprise, pour les internes

Pour 19 internes la reprise du travail s'est effectuée à la fin du congé maternité, lors d'un stage validant.

Lorsque la reprise du travail a été anticipée chez les internes, le stage était toujours validant (N=6). De même, lorsque la reprise du travail a été retardée suite à une mise en disponibilité, le stage était également validant dans 90% des cas.

Les stages non-validant ont été principalement réalisés lorsque la reprise du travail s'est effectuée à la fin du congé maternité prévu par la sécurité sociale (N=6).

Dans les deux situations où la mère a été placée en arrêt de travail pour maladie avant sa reprise du travail, le stage n'a pas été validant.

	Avant la fin du CM	A la fin du CM	Après arrêt maladie	Après disponibilité	Total
Validant	6	19	0	10	35
Non Validant	0	6	2	1	9

Tableau 6 Moment de la reprise du travail des internes selon la validation du stage

- Lieu de la reprise du travail

Les participantes ont déclaré avoir repris le travail dans un service hospitalier de médecine pour 41 d'entre-elles, 6 étaient en chirurgie et 13 en ambulatoire.

- **Horaires de travail après la reprise**

Les participantes ont déclaré des horaires de travail très variables lors de leur reprise, allant de 20 à 110 heures par semaine pour une moyenne de 48,8 heures par semaine et une médiane de 50 heures.

Vingt-cinq participantes travaillaient entre 35 et 49 heures par semaine au moment de leur reprise du travail.

< 35 Heures	35-49 Heures	> 50 Heures
3	25	32

Tableau 7 Charge horaire à la reprise

Concernant les gardes, dans 29 cas la mère n'en effectuait pas, dans 20 cas elle en avait entre 2 et 4 par mois et pour 11 d'entre-elles plus de 5 gardes par mois. La moyenne est de 2 gardes par mois après la reprise du travail.

- **Eloignement géographique**

Dans les 60 situations d'allaitement identifiées dans cette enquête, après la reprise du travail les mères ont déclaré que leurs lieux de travail étaient éloignés de leurs domiciles (plus de 45 min de trajet) dans 14 cas soit 23,3%.

- **Respect des dispositions légales**

Les mères ont bénéficié de l'heure légale pour tirer leur lait dans 11 cas.

Une pièce isolée était à leur disposition dans 17 cas.

Un réfrigérateur était accessible dans 31 cas.

Aucune de ces dispositions n'était respectée dans 27 cas.

4/ La poursuite de l'allaitement après la reprise du travail

- Arrêt de l'allaitement

Parmi les 60 allaitements initiés, 36 enfants ont continué à être allaités après la reprise du travail de leur mère. On observe un taux d'arrêt global de l'allaitement avant la reprise du travail de 40%.

Le taux d'arrêt de l'allaitement est plus fort durant l'internat (44,4%) que pendant le clinicat (26,7%).

Statut	Poursuite de l'allaitement à la reprise		Taux d'arrêt (%)
	Oui	Non	
Interne	25	20	44,4
Chef de clinique	11	4	26,7
Total	36	24	40

Tableau 8 Allaitement après la reprise du travail

Parmi les 24 cas d'arrêts d'allaitement à la reprise du travail, 2/3 des mères (N=16) ont déclaré que les conditions de travail faisant suite au congé maternité les avaient incitées à arrêter leur allaitement avant la reprise.

Douze d'entre-elles ont expliqué cette décision par une fatigue importante, et par leurs horaires de travail jugés incompatibles pour 11 d'entre elles.

Les difficultés techniques liées au maintien de l'allaitement en parallèle du travail sont pointées par 11 mères.

L'éloignement géographique du lieu de travail par rapport au domicile, a été un facteur déterminant dans 6 cas.

Le stress lié à cette reprise du travail a joué un rôle dans leur décision pour 6 d'entre-elles.

Enfin, un item libre était prévu. Il a été rempli par une seule mère qui avait ressenti un « jugement de la part des praticiens : les enfants ne sont pas compatibles avec la vie professionnelle ».

- Poursuite de l'allaitement selon la spécialité d'exercice

Le taux de poursuite de l'allaitement après la reprise du travail est variable selon les spécialités. En médecine générale, il est de 48,1% tandis qu'en pédiatrie il est de 61,5%.

Le taux de poursuite est nul en gynécologie, aucune mère parmi les 3 n'a poursuivi son allaitement après la reprise du travail.

Spécialités	Poursuite de l'allaitement à la reprise		Taux de poursuite (%)
	Oui	Non	
Médecine générale	13	14	48,1
Pédiatrie	8	5	61,5
MPR	1	0	100
Endocrinologie	2	1	66,6
ORL	1	0	100
Orthopédie	1	0	100
Médecine interne	1	0	100
Gastroentérologie	1	0	100
Anesthésie Réanimation	4	0	100
Radiologie	1	0	100
Gynécologie	0	3	0
Rhumatologie	1	0	100
Hématologie	1	1	50
Total	35	24	59,3

Tableau 9 Poursuite de l'allaitement à la reprise par spécialités

- Poursuite de l'allaitement selon le CHU d'origine

Le taux de poursuite d'allaitement est plus élevé à Montpellier avec 72,7 % des situations d'allaitement maintenues après la reprise du travail, contre 57,1% à Toulouse.

Faculté d'origine	Poursuite de l'allaitement		Taux de poursuite(%)
	Oui	Non	
Toulouse	28	21	57,1
Montpellier	8	3	72,7
Total	36	24	

Tableau 10 Poursuite de l'allaitement selon le CHU d'origine

- Poursuite de l'allaitement selon le moment de la reprise

Le taux de poursuite d'allaitement est le plus bas lorsque la reprise a eu lieu après une disponibilité (42,8%).

Il est plus élevé lorsque la reprise a été anticipée ou qu'elle a eu lieu à la date prévue par la sécurité sociale (62,5% et 66,7%).

Moment de la reprise	Poursuite de l'allaitement à la reprise		Taux de poursuite (%)
	Oui	Non	
Avant la fin du CM	5	3	62,5
A la fin du CM	24	12	66,7
Après un arrêt maladie	1	1	50
Après une disponibilité	6	8	42,8
Total	36	24	

Tableau 11 Poursuite de l'allaitement selon le moment de la reprise.

- Poursuite de l'allaitement selon la charge de travail

L'allaitement a été poursuivi lorsque la charge de travail était faible (moins de 35 heures par semaine), avec un taux de poursuite à 100%.

La poursuite de l'allaitement a également été majoritaire lorsque la charge de travail était élevée (plus de 50 heures par semaine), avec un taux de poursuite à 85,7%.

Pour une charge de travail moyenne (35 à 50 heures par semaine), il y a eu autant d'allaitements poursuivis qu'arrêtés.

Horaires hebdomadaires à la reprise	Poursuite de l'allaitement à la reprise		Taux de poursuite(%)
	Oui	Non	
< 35 heures	3	0	100
35-50 heures	21	22	48,8
> 50 heures	12	2	85,7

Tableau 12 Poursuite de l'allaitement selon la charge de travail

Concernant le nombre de gardes mensuelles, le taux de poursuite d'allaitement est comparable selon qu'il n'y ait pas de garde (62%) ou plus de 5 gardes par mois (63,6%).

Nombre de garde par mois	Poursuite de l'allaitement à la reprise		Taux de poursuite(%)
	Oui	Non	
0	18	11	62
2 à 4	11	9	55
5 et +	7	4	63,6

Tableau 13 Poursuite de l'allaitement selon le nombre de gardes

- Poursuite de l'allaitement selon le lieu de la reprise.

Le taux de poursuite est de 100% lorsque la reprise du travail s'est effectuée dans un service de chirurgie.

Il est de 58,5% lorsque la reprise a eu lieu dans un service de médecine.

En ambulatoire le taux de poursuite de l'allaitement est de 46%.

Lieu de la reprise	Poursuite de l'allaitement à la reprise		Taux de poursuite(%)
	Oui	Non	
Médecine	24	17	58,5
Chirurgie	6	0	100
Ambulatoire	6	7	46,2

Tableau 14 Poursuite de l'allaitement selon le lieu de la reprise du travail

- Poursuite de l'allaitement selon le statut validant ou non du stage

Chez les internes seulement, le taux de poursuite de l'allaitement n'est pas influencé par le statut validant ou non du stage.

Validation	Poursuite de l'allaitement à la reprise		Taux de poursuite(%)
	Oui	Non	
Validant	20	16	55,5
Non validant	5	4	55,5

Tableau 15 Poursuite de l'allaitement selon la validation du stage

- **Poursuite de l'allaitement selon l'éloignement géographique**

Le taux de poursuite d'allaitement est plus élevé si le lieu de travail est éloigné du domicile familial (64,3%) que si celui-ci est plus proche (58,7%), sans différence significative.

Eloignement	Poursuite de l'allaitement à la reprise		Taux de poursuite(%)
	Oui	Non	
< 45 min	27	19	58,7
> 45 min	9	5	64,3

Tableau 16 Poursuite de l'allaitement selon l'éloignement géographique

- **Poursuite de l'allaitement selon le respect des dispositions légales**

Seul le respect de l'heure légale a favorisé la poursuite de l'allaitement maternel (72,7%).

Respect de la loi	Poursuite de l'allaitement à la reprise		Taux de poursuite(%)
	Oui	Non	
Heure légale	8	3	72,7
Pièce isolée	10	7	58,8
Réfrigérateur	19	12	61,3
Aucun	15	12	55,6

Tableau 17 Poursuite de l'allaitement selon le respect de la loi

5/ Accord du projet d'allaitement

- **Accord du projet seul**

A la question : la durée réelle de votre allaitement était-elle en accord avec votre projet d'allaitement, imaginé durant la grossesse? La réponse a été positive dans 31 cas, et négative dans 29 autres.

- **Accord du projet selon le statut de la mère**

Le projet d'allaitement est mieux respecté durant le clinicat que l'internat.

Statut de la mère	Accord du projet		Taux d'accord (%)
	Oui	Non	
Interne	21	24	46,7
Chef de clinique	10	5	66,7

Tableau 18 Accord du projet selon le statut de la mère

- Accord du projet selon les spécialités

En médecine générale, le projet d'allaitement est respecté à 48,1%.

En pédiatrie, il l'est à 61,5%.

Spécialités	Accord Projet		Taux d'accord (%)
	Oui	Non	
Médecine générale	13	14	48,1
Pédiatrie	8	5	61,5
Médecine Physique Réadaptation		1	0
Endocrinologie	1	2	33,3
ORL	1		100
Chirurgie orthopédique	1		100
Médecine interne		1	0
Gastroentérologie		1	0
Anesthésie Réanimation	2	2	50
Radiologie	1		100
Gynécologie	1	2	33,3
Rhumatologie	1		100
Hématologie	1	1	50
Total	30	29	

Tableau 19 Accord du projet par spécialités

- Accord du projet selon le CHU d'origine

Le taux d'accord du projet d'allaitement est plus élevé pour les mères issues du CHU de Toulouse (53,1%) que de Montpellier.

Faculté d'origine	Accord du projet		Taux d'accord (%)
	Oui	Non	
Toulouse	26	23	53,1
Montpellier	5	6	45,5

Tableau 20 Accord du projet selon le CHU

- **Accord du projet selon la poursuite de l'allaitement**

L'accord du projet d'allaitement n'est pas modifié par la poursuite de l'allaitement à la reprise.

Poursuite de l'allaitement à la reprise	Accord du projet		Taux d'accord (%)
	Oui	Non	
Oui	19	17	52,7
Non	12	12	50,0

Tableau 21 Accord du projet d'allaitement selon la poursuite de l'allaitement à la reprise.

- **Accord du projet selon le moment de la reprise**

Lorsque la reprise du travail a lieu à la fin du congé maternité théorique ou après un arrêt maladie, le projet d'allaitement initial est respecté à 50%.

La reprise du travail anticipée induit un projet d'allaitement moins bien réalisé, le taux d'accord du projet étant de 25%.

La reprise du travail retardée, suite à une mise en disponibilité, est associée au plus fort taux d'accord du projet d'allaitement initial, celui-ci étant respecté dans 71,4% des cas.

Reprise	Accord du projet		Taux d'accord (%)
	Oui	Non	
Avant la fin du CM	2	6	25
A la fin du CM	18	18	50
Après arrêt maladie	1	1	50
Après disponibilité	10	4	71,4
Total	31	29	

Tableau 22 Accord du projet selon le moment de la reprise du travail

- **Accord du projet selon la charge de travail**

Le projet d'allaitement est le plus respecté (66,6%) lorsque la charge de travail hebdomadaire à la reprise est faible. Il est le moins respecté (48,8%) lorsque la charge de travail est normale, située entre 35 et 50 heures par semaine comme le prévoit la loi.

Un nombre élevé de gardes, plus de 5 par mois, est associé à un plus faible taux d'accord du projet d'allaitement (36,4%).

Horaires hebdomadaires	Accord du projet		Taux d'accord (%)
	Oui	Non	
< 35 heures	2	1	66,6
35-50 heures	21	22	48,8
> 50 heures	8	6	57,1
Nombre de gardes mensuelles			
0	15	14	51,7
2 à 4	12	8	60
5 et +	4	7	36,4

Tableau 23 Accord du projet selon la charge de travail à la reprise

- **Accord du projet selon le lieu de la reprise**

L'allaitement est le plus en accord avec le projet initial lorsque la reprise du travail a lieu dans un service de chirurgie (66,7% d'accord).

Lorsque la reprise du travail a lieu dans un service de médecine ou en ambulatoire le taux d'accord du projet est respectivement de 48,7% et de 53,8%.

Lieu de la reprise	Accord du projet		Taux d'accord (%)
	Oui	Non	
Médecine	20	21	48,7
Chirurgie	4	2	66,7
Ambulatoire	7	6	53,8

Tableau 24 Accord du projet selon le lieu de la reprise

- **Accord du projet selon la validation (pour les internes seulement)**

Le taux d'accord du projet d'allaitement chez les internes est comparable que le stage ait été validant (47,2%) ou non (44,4%) après la reprise du travail.

Validation du stage	Accord du projet		Taux d'accord (%)
	Oui	Non	
Oui	17	19	47,2
Non	4	5	44,4
Total	21	24	

Tableau 25 Accord du projet selon la validation du stage à la reprise

- **Accord du projet selon l'éloignement géographique**

Le taux d'accord du projet d'allaitement est plus élevé (58,7%) si le lieu de la reprise du travail est proche du domicile.

Si le lieu de travail est à plus de 45 minutes du domicile, le taux d'accord du projet d'allaitement n'est plus que de 28,6%.

Eloignement géographique	Accord du projet		Tau d'accord (%)
	Oui	Non	
> 45 min	4	10	28,6
< 45 min	27	19	58,7
Total	31	29	

Tableau 26 Accord du projet selon l'éloignement géographique

- Accord du projet selon le respect des dispositions légales

Le respect de l'heure légale prévue par le code du travail pour tirer son lait est associé à un projet d'allaitement mieux réalisé, le taux d'accord étant de 72,7%.

Le fait d'avoir une pièce isolée ne semble pas influencer sur le taux d'accord du projet d'allaitement, celui-ci n'étant que de 35,3%.

Le fait de n'avoir aucune des 3 dispositions légales respectées est également associé à un plus faible taux d'accord du projet d'allaitement (48,1%).

Respect des dispositions légales	Accord du projet		Taux d'accord (%)
	Oui	Non	
Heure légale	8	3	72,7
Pièce isolée	6	11	35,3
Réfrigérateur	16	15	51,6
Aucun	13	14	48,1

Tableau 27 Accord du projet selon le respect des dispositions légales

- Accord du projet selon l'incidence des conditions de travail sur l'arrêt de l'allaitement après la reprise.

Pour les mères ayant arrêté d'allaiter au moment de la reprise du travail, le projet d'allaitement est respecté pour 56,3% d'entre-elles. Et ce, malgré l'influence négative de leurs conditions de travail sur la poursuite de l'allaitement.

Lorsque les conditions de travail à la reprise n'ont pas influencé l'arrêt de l'allaitement, le projet d'allaitement n'est alors pas respecté dans 5 situations.

Incidence des conditions de travail sur l'arrêt de l'allaitement	Accord du projet		Taux d'accord (%)
	Oui	non	
Oui	9	7	56,3
Non	3	5	37,5
Total	12	12	

Tableau 28 Accord du projet d'allaitement selon l'incidence des conditions de travail sur l'arrêt de l'allaitement à la reprise

Discussion

1/ La population étudiée

Dans notre échantillon, l'âge moyen des participantes est de 29,9 ans au moment du recueil. Sachant qu'en France l'âge moyen de la mère au premier enfant est de 28,5 ans(3), on peut supposer que la moyenne d'âge de nos participantes au moment du premier enfant est comparable à la population générale, car le recueil est fait à postériori de 1 à 3 ans (durée de l'internat de médecine générale). Ce chiffre est en revanche inférieur à l'âge moyen des mères à l'accouchement en Occitanie en 2017 qui est de 30,6 ans.

En 2018 à Toulouse il y avait 30 spécialités de DES différentes(12). Dans notre étude 14 spécialités différentes sont représentées. Afin de simplifier les analyses par spécialité, nous avons regroupé les internes de gynécologie médicale et celles d'obstétrique. Une interne a mal renseigné sa spécialité et ses données n'ont pas pu être incluses dans les analyses par spécialité.

La médecine générale est la spécialité la plus représentée en termes d'effectifs, principalement sur Toulouse mais également sur Montpellier. Cela s'explique par le nombre d'internes plus important en médecine générale (plus d'une centaine d'internes versus à peine une dizaine pour certaines spécialités). De plus, il a été beaucoup plus facile de diffuser le questionnaire aux internes de médecine générale de Toulouse qu'aux autres, et ce grâce à la « gazette des thèses » de l'AIMG-MP diffusée aux 3 promotions d'internes.

2/ Les données d'allaitement

Dans notre échantillon le taux d'allaitement est de 88%. Ce chiffre est comparable aux données de l'étude ELFE qui montre un taux d'allaitement de 87,5% chez les femmes ayant fait des études supérieures (7). Il est en revanche bien supérieur au taux d'allaitement dans la population générale, qui est de 70,5% selon la même étude ELFE.

Ce taux est légèrement supérieur à celui retrouvé par Hélène de Rouffignac dans sa thèse sur l'allaitement des internes en médecine générale en 2014 (79%). Elle avait alors interrogé plus de 300 internes. (10)

Cela confirme donc que les femmes ayant fait des études supérieures, et notamment de médecine, allaitent plus fréquemment leur bébé, car elles sont sans doute plus sensibilisées aux bénéfices de l'allaitement maternel. Le fait d'avoir un travail prenant comme l'internat de médecine ne fait pas diminuer de manière importante ce taux d'allaitement que ce soit dans notre étude ou dans celle d'Hélène de Rouffignac. Cinq mères ont déclaré avoir souhaité allaiter leur enfant mais n'ont pas mené à bien ce projet. Notre questionnaire n'était pas élaboré pour identifier les raisons de cet échec.

Parmi les enfants identifiés dans cette étude, 3 sont nés à la fin de l'externat de 3 mères différentes. Dans ces 3 cas, la mère a déclaré avoir souhaité allaiter sans y parvenir. Les enfants n'ayant donc pas été allaités durant l'internat, ces 3 situations ont été exclues de l'analyse principale. On peut tout de même supposer que l'intensité du travail nécessaire à la préparation des Epreuves Classantes Nationales a joué un rôle défavorable dans la mise en place de l'allaitement.

Trois mères sur 58 n'ont pas souhaité allaiter, pour des raisons personnelles, non liées à leur profession. Il est probable que la part de mères n'ayant pas souhaité allaiter soit sous-estimée. L'intitulé du questionnaire « Enquête sur l'allaitement chez les internes et chefs de cliniques d'Occitanie » a pu créer un biais de sélection dans le sens où les mères n'ayant pas allaité ne se sont pas senties concernées et n'ont pas répondu au questionnaire. Pour autant, on peut voir que le questionnaire a été vu par de nombreuses personnes puisque 5 hommes qui n'étaient a priori pas concernés par une enquête sur l'allaitement ont répondu. Peut-être qu'un titre parlant d'une enquête sur les projets et pratiques d'allaitement chez les internes et chefs de clinique aurait permis d'éviter ces confusions.

Concernant les durées d'allaitement, si l'on considère l'allaitement exclusif, la durée moyenne observée dans notre échantillon (17,6 semaines) est supérieure à celle observée dans l'étude EPIFANE qui n'était que de 3 semaines. La durée médiane d'allaitement total est de 20 semaines dans notre échantillon, contre 15 dans cette même étude EPIFANE. A noter qu'une mère a allaité son 3ème enfant durant plus de 2 ans tout en continuant son internat. (2)

Passés les 6 mois recommandés par l'OMS, on retrouve dans notre étude un taux de 35% d'enfants encore allaités contre 23% dans EPIFANE, et 23,3% de façon exclusive contre 1,5%. On peut supposer que les femmes médecins allaitent plus longtemps, de manière exclusive ou non, car elles sont plus sensibilisées, du fait de leurs connaissances, aux bienfaits à long terme de l'allaitement maternel.

Si on s'intéresse aux durées d'allaitement par spécialités, celles où les mères arrivent à maintenir un allaitement de longue durée sont réputées comme étant exigeantes. L'anesthésie-réanimation et la chirurgie orthopédique sont des spécialités hospitalières avec de nombreuses gardes et astreintes, des situations d'urgences. De telles conditions ne sont a priori pas compatibles avec des pauses régulières, afin que la mère puisse tirer son lait par exemple.

L'interne en chirurgie orthopédique avait une charge de travail de 50 heures par semaine, sans garde. Cela ne ressemble pas au rythme classique du CHU, on peut supposer qu'elle avait adapté son emploi du temps pour mener à bien son projet. En anesthésie réanimation, il y a 3 situations d'allaitement, pour 2 mamans différentes. La première avait une charge de travail de 40 heures par semaine sans garde, tout comme l'interne d'orthopédie, cela l'a certainement aidé à maintenir son allaitement plus longtemps. La deuxième avait la charge de travail la plus importante de toutes les participantes de notre étude, avec 110 heures par semaine et 7 gardes par mois pour son premier enfant, et 80 heures par semaine, 4 gardes par mois pour le second. Elle a réussi à allaiter ses enfants au-delà des durées moyennes nationales, son deuxième enfant étant encore allaité au moment du recueil des données (la durée d'allaitement exclusif de 75 semaines étant égale à la durée d'allaitement totale).

On peut supposer que le fait qu'elles aient décidé de poursuivre leur allaitement après la reprise du travail en ayant connaissance de leur importante charge de travail, montre une motivation et une détermination à allaiter leur enfant probablement plus importante chez ces internes. A l'opposé, d'autres internes de spécialités différentes ont préféré sevrer leur enfant avant la reprise du travail, peut-être par peur de ne pas pouvoir tout concilier.

La durée médiane d'allaitement maternel exclusif en médecine générale est de 12 semaines, cette donnée est comparable à celle retrouvée dans le précédent travail de thèse d'Hélène de Rouffignac. (10)

Un travail de thèse a été réalisé par Gwenaël Le Rumeur et Sébastien de Braeckelaer (13), par méthode qualitative sur le vécu de l'allaitement par les médecins généralistes (installées ou remplaçantes) en Midi Pyrénées, en 2018. La durée moyenne d'allaitement total retrouvée pour leur échantillon de 9 personnes est de 32 semaines pour un premier enfant, et 23 semaines pour un second. L'exercice libéral serait un facteur facilitant à la poursuite de l'allaitement après la reprise du travail pour les participantes de cette étude. Elles mettent en avant la possibilité d'adapter leurs horaires de consultations, avec notamment des pauses fixes dans la matinée et l'après-midi afin de pouvoir tirer leur lait tranquillement.

Cette notion n'est pas retrouvée dans notre étude, car même si les internes de médecine générale sont les plus représentées en termes d'effectifs, elles sont peu nombreuses à reprendre le travail en ambulatoire, et le taux de poursuite d'allaitement y est le plus faible (46,2 % en ambulatoire contre 58,5% en service de médecine et 100% en chirurgie). Cela peut notamment s'expliquer par le recours au stage en surnombre non validant chez les internes, qui ne peuvent se réaliser qu'en milieu hospitalier.

3/ La reprise du travail

Pour la majorité des internes, la reprise du travail s'est effectuée au terme du congé maternité proposé par la sécurité sociale, dans un stage validant. On peut se demander si ces internes n'ont pas essayé de planifier leurs grossesses de façon à ce que le congé maternité coïncide bien avec les dates permettant de valider leur semestre.

Six internes ont anticipé leur reprise afin de valider leur stage, de même que 10 d'entre-elles l'ont retardée afin de reprendre dans un stage validant, probablement pour attendre le début du semestre suivant.

Les chefs de clinique ne sont pas concernées par ces contraintes de stages et de validation. Uniquement deux d'entre-elles ont repris de façon anticipée (pédiatre et gynécologue). Le clinicat est validé après deux années pleines en poste (14). En cas de congé maternité, l'absence est reportée après la fin des deux ans, le chef de clinique étant alors en surnombre, cela peut perturber l'organisation des services. Cela a pu influencer leur décision de reprise anticipée.

Concernant la charge horaire à la reprise, la réforme du temps de travail des internes prévoit qu'un interne travaille maximum 48 heures par semaine en moyenne sur 3 mois. Dans notre échantillon 50 % des internes et chefs de clinique ont déclaré travailler plus de 50 heures. La loi n'est donc pas respectée dans la moitié des cas.

Une enquête de 2017 sur la santé mentale des jeunes médecins, réalisée par l'Inter Syndicale Nationale des Internes (ISNI), montrait que seul un interne sur quatre déclarait travailler au maximum 48 heures par la semaine. 40 % d'entre eux travaillaient entre 48 et 60 heures par semaine, 27 % entre 61 et 80 heures, et 5 % exerçant même au-delà. (15)

Il semblerait donc que l'application de la réforme du temps de travail des internes soit mieux respectée sur les CHU de Toulouse et Montpellier, même si les chiffres retrouvés dans notre échantillon sont encore loin d'un respect total de la législation. Certaines données obtenues via notre questionnaire sont surprenantes. Une mère a déclaré ne travailler que 20 heures par semaine, en étant interne en médecine

générale avec une reprise dans un service de chirurgie. Hors le travail à mi-temps n'est pas possible, de même qu'un stage en chirurgie durant l'internat, bien que les stages en surnombre non validant soient possibles en théorie dans tous les services. A l'inverse une mère a déclaré travailler 110 heures par semaine, ce qui représente une charge quotidienne moyenne de 15 heures 30 minutes sur 7 jours.

Concernant les gardes, quasiment la moitié des participantes ont déclaré avoir au moins 2 gardes par mois tandis que l'autre moitié n'en avait aucune. Sachant que 47 participantes ont repris dans un service hospitalier, cela fait une grande proportion d'internes hospitaliers n'ayant aucune garde. Le choix des stages a probablement été fait en fonction du nombre de gardes dans le stage.

Sabrina Raselinary a réalisé son travail de thèse sur la grossesse et la maternité durant l'internat de médecine générale en 2016, en utilisant la méthode qualitative. Durant ces entretiens, à plusieurs reprises les internes ont évoqué le fait que le choix de stage au retour du congé maternité était primordial. Elles privilégiaient alors les terrains de stage où les horaires étaient les plus souples, avec notamment l'absence de garde. Les stages en SASPAS apparaissaient être une bonne solution pour concilier la vie professionnelle et la vie personnelle, et ce grâce à l'existence de journées libres chaque semaine. (16)

En suivant la même idée, cette thèse montre que la contrainte géographique la plus faible était privilégiée lors du choix du stage au retour du congé maternité. C'est effectivement ce que l'on retrouve dans notre population, puisque seulement 23,3% des internes ont déclaré avoir un terrain de stage éloigné de leur domicile suite à la reprise du travail.

Il est intéressant de voir que les internes « adaptent » leur internat à leur souhait d'allaiter, elles vont essayer de choisir le lieu de stage et les contraintes horaires les plus adaptés à leur allaitement maternel.

4/ La poursuite de l'allaitement après la reprise du travail

Vingt-quatre enfants soit 40% des enfants allaités ont été sevrés au moment de la reprise du travail. Deux tiers de ces mères ont déclaré que leurs conditions de travail lors de la reprise les avaient influencées. Ces mères sont majoritairement des internes.

Elles mettent en avant la fatigue, qui peut être due au travail, aux trajets, aux difficultés de s'occuper d'un nourrisson, qui ne fait pas forcément ses nuits lorsque sa mère reprend le travail, ainsi que la fatigue liée à l'allaitement lui-même.

Le stress engendré par ce nouveau rythme de vie est également pointé. Or on sait que le stress a une influence négative sur la lactation.

Enfin les difficultés techniques rencontrées sont à prendre en compte, en effet les dispositions légales ne sont pas respectées partout et ceci représente un frein majeur au maintien de l'allaitement. Si une mère arrive à trouver du temps pour tirer son lait mais qu'elle n'a pas d'endroit pour s'isoler, ni de réfrigérateur pour conserver son lait cela ne peut pas fonctionner.

Si l'on regarde la poursuite de l'allaitement selon la spécialité d'exercice, on voit que dans toutes les spécialités des mères ont réussi à poursuivre leur allaitement après la reprise, sauf en gynécologie où le taux de poursuite est nul.

Cette donnée est surprenante, en effet dans notre échantillon nous avons 2 internes et 1 chef de clinique en gynécologie (obstétrique ou médical). On peut légitimement penser que les gynécologues sont encore plus sensibilisées que les mères d'autres spécialités aux bienfaits de l'allaitement maternel à long terme. Et donc supposer que les conditions de travail en gynécologie ne sont pas du tout favorables à l'allaitement puisqu'aucune des 3 mères n'a poursuivi son allaitement.

La poursuite de l'allaitement ne semble pas être influencée par le moment de la reprise, selon le congé maternité théorique, ni selon le statut validant ou non du stage de reprise. La poursuite est plus faible lorsque la reprise est retardée, ce qui est logique car la durée d'allaitement avant la reprise est plus longue.

Étonnamment le taux de poursuite d'allaitement est le plus faible si la charge de travail est modérée, comprise entre 35 et 49 heures. Cela peut s'expliquer car c'est la catégorie la plus représentée en termes d'effectifs.

Le nombre de gardes par mois n'influence pas non plus le taux de poursuite de l'allaitement puisque celui-ci est comparable quel que soit le nombre de gardes.

Ces données concernant la charge horaire à la reprise montrent qu'il est possible d'allaiter malgré des horaires importants et un nombre de gardes conséquent. Probablement ces mères qui réussissent à tout concilier sont celles qui sont les plus convaincues par les bienfaits de l'allaitement et font donc preuve d'une détermination à toute épreuve.

Le taux de poursuite d'allaitement est le plus élevé pour les internes ou chefs de clinique de chirurgie, cela va également dans le sens d'une motivation plus forte de leurs parts. Cela étant toujours à modérer par les différences d'effectifs puisqu'elles ne représentent que 10% des situations d'allaitement.

La poursuite de l'allaitement n'est pas significativement influencée par l'éloignement géographique même si les mères privilégient un lieu de travail proche de chez elles. Cela montre que les mères déterminées à allaiter trouvent des solutions pour y parvenir.

Enfin concernant les dispositions légales, seul le respect de l'heure légale favorise la poursuite de l'allaitement. Cela montre que les problèmes techniques comme l'isolement, et la conservation du lait, peuvent être contournés à condition que la mère ait du temps à consacrer à son projet d'allaitement.

5/ Accord du projet d'allaitement

Dans notre échantillon, le projet d'allaitement n'est respecté que pour un enfant allaité sur 2. Cela montre que 50% des mères n'ont pas allaité comme elles l'auraient imaginé durant leur grossesse.

Pour la majeure partie d'entre-elles, on peut penser qu'elles ont allaité moins que ce qu'elles auraient voulu. Le questionnaire n'était pas prévu pour étudier cela, mais dans la thèse d'Hélène de Rouffignac (10) certaines mères disent avoir allaité « par curiosité, pour essayer » et avoir finalement « adoré » cette situation. Chez ces mères on peut donc penser que le projet d'allaitement n'était pas respecté car elles ne pensaient pas allaiter si longtemps. Cette hypothèse peut s'envisager pour quelques situations de notre échantillon. En effet une mère a déclaré que son projet d'allaitement n'était pas respecté, alors qu'elle était encore allaitante au bout de 52 semaines, et ce de façon exclusive.

Le choix de l'allaitement, et donc le projet de chaque mère est unique. Il est influencé par de nombreux facteurs, nutritionnels mais également affectifs, culturels, ou encore économiques et pratiques (13). Le projet d'allaitement est personnel, et conditionne la motivation de la mère à allaiter.

Cette motivation peut tout de même être mise à mal, par la reprise du travail notamment.

Lorsque les effectifs sont suffisants, on peut voir que le projet d'allaitement n'est pas vraiment influencé par la spécialité d'exercice de la mère.

Le projet d'allaitement est moins bien respecté durant l'internat, par rapport au clinicat. L'internat est une période moins stable que le clinicat, où le changement de poste a lieu tous les 6 mois alors qu'un chef de clinique est en poste pour deux ans. On peut supposer que le chef de clinique est plus libre dans l'organisation de son temps de travail qu'un interne. Cela influence donc la capacité d'une mère à poursuivre son allaitement après la reprise.

A noter qu'en gynécologie où aucune mère parmi les 3 n'a poursuivi son allaitement au-delà de la reprise, le projet d'allaitement a quand même été respecté pour une mère. Cela montre une fois de plus que le projet d'allaitement est multifactoriel, et que même si du fait de son travail cette mère était plus sensibilisée aux bienfaits de l'allaitement, son choix personnel d'allaitement ne suivait pas les recommandations de l'OMS.

Le projet d'allaitement est autant respecté que l'allaitement ait, ou non, été poursuivi après la reprise du travail. Etant donné que ce projet est imaginé durant la grossesse, on peut supposer qu'il est réfléchi, pour partie au moins, en prenant en compte la reprise du travail puisque la mère connaît déjà une partie de ses conditions de travail, notamment la charge de travail, sa place en milieu hospitalier ou en libéral etc. La reprise du travail étant alors incluse dans le projet d'allaitement initial, celle-ci ne l'impacte pas systématiquement.

C'est le même constat concernant la validation du stage de reprise. L'interne sait en fonction du terme de sa grossesse si son stage suivant sera validant ou non, ce paramètre est donc probablement inclus dans la prise de décision initiale.

Le projet d'allaitement est significativement mieux réalisé si la mère a retardé la reprise du travail. Cela s'entend car elle a donc eu plus de temps avec son bébé, et des conditions d'allaitement facilitées par ce congé.

De manière assez logique le projet d'allaitement est influencé par la charge horaire à la reprise. Un nombre élevé de gardes implique des séparations plus longues entre l'enfant et sa mère, ce qui ne favorise pas le maintien de la lactation.

De même que l'éloignement géographique implique une baisse significative du taux d'accord du projet d'allaitement (28,6% contre 58,7%). En effet si la mère a un temps de trajet plus long, cela impacte son rythme de vie. Il est possible qu'elle ait besoin de partir tôt le matin, de rentrer tard le soir, et que ces horaires ne conviennent pas au rythme des tétées de son enfant.

Concernant le respect des dispositions légales, il est légitime de penser que la mère ne connaissait pas forcément son environnement de travail avant d'y être allée. Y aura-t-il un réfrigérateur ? Une pièce pour s'isoler ? Le reste de l'équipe médicale sera-t-il compréhensif ?

Le respect de l'heure légale implique une meilleure réalisation du projet d'allaitement.

L'existence d'une pièce isolée n'est pas un facteur déterminant dans l'accord du projet d'allaitement. En effet lorsque celle-ci est présente, le taux d'accord du projet d'allaitement n'est que de 35,3%. La mère qui souhaite continuer à allaiter après sa reprise trouve alors des solutions pour contourner les difficultés rencontrées sur son lieu de travail.

6/ Limites de notre étude

Il faut souligner le manque d'effectifs dans notre échantillon, réduisant considérablement la puissance de notre étude. En effet les effectifs étant trop faibles, nous n'avons pas pu réaliser d'analyse statistique par manque de significativité des résultats. Cela induit également une surestimation de nombreuses valeurs dans les analyses secondaires.

Malgré ce faible effectif, 14 spécialités différentes sont représentées. Les données obtenues concernant le taux d'allaitement ainsi que les durées d'allaitement sont comparables aux données retrouvées dans d'autres études plus puissantes. Notre échantillon reste donc représentatif de la réalité.

Nous avons rencontré d'importantes difficultés pour diffuser le questionnaire créant un biais de recrutement. Nous avons été contraintes d'utiliser les réseaux sociaux afin d'atteindre un maximum de personnes. De ce fait, le taux de réponse était incalculable.

Le recrutement est inégal entre Toulouse et Montpellier, mais également entre les spécialités. Cela s'explique par le fait que seule l'association des internes en médecine générale de Toulouse, l'AIMG-MP, nous a aidé à diffuser le questionnaire

par une autre voie que le réseau social Facebook, ses adhérents ont reçu un email mentionnant notre étude et les invitant à participer. Cela a permis de pointer l'information en mettant en avant notre questionnaire.

Parallèlement à la diffusion sur internet, nous avons contacté par email une chef de clinique que nous savions concernée par notre étude, qui a diffusé le questionnaire à son carnet d'adresse.

Il existe également un biais de sélection, les mères les plus motivées et convaincues par l'allaitement maternel se sont peut-être senties plus concernées par notre étude ; tandis que les mères n'ayant pas allaité leur enfant ont pu se sentir exclues à tort.

Citons également la présence d'un biais de mémoire, notamment pour les mères ayant eu plusieurs enfants, concernant les durées d'allaitement, à la semaine près. De même nous demandions ces durées en semaines, il existe alors un biais de conversion si les mères gardaient en souvenir ces valeurs en mois.

Le recueil de données par auto-questionnaire, permet de limiter les biais liés à la présence même de l'enquêteur, mais cela induit un biais de compréhension. En effet nous avons pu observer quelques incohérences dans les réponses.

Conclusion

Les principaux résultats de notre étude montrent que de nombreuses mères, internes ou chefs de clinique, de toutes spécialités, arrivent à allaiter après la reprise du travail.

Nous retrouvons dans notre étude des mères qui allaitent au-delà des moyennes nationales. Et, bon nombre d'entre-elles semblent suivre les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé en maintenant un allaitement d'au moins 6 mois.

Cependant, notre étude montre que les internes décident d'arrêter leur allaitement en anticipation de la reprise du travail plus souvent que les chefs de clinique. Il est aussi plus souvent difficile pour elles de mener à bien leur projet d'allaitement.

Le projet d'allaitement est imaginé durant la grossesse, et semble prendre en compte les conditions de travail à la reprise comme notamment la charge horaire, ainsi que le statut validant ou non du stage.

Les mères « adaptent » leur internat à leur souhait d'allaiter, elles essayaient de choisir le lieu de stage et les contraintes horaires les plus adaptés à leur projet.

L'environnement de travail à la reprise est une donnée inconnue au moment de la réflexion du projet d'allaitement. Le respect ou non des dispositions légales prévues pour les mères allaitantes influence la concrétisation du projet d'allaitement, et notamment le respect de l'heure légale qui est associé à une poursuite plus forte de l'allaitement.

Le projet d'allaitement est personnel, unique, et multifactoriel. Cette étude nous montre qu'il est possible d'allaiter longtemps durant l'internat ou le clinicat. Les mères motivées semblent arriver à trouver des solutions pour maintenir leur allaitement malgré des conditions de travail qui, au premier abord, ne semblent pas y être favorables.

Des études qualitatives ont été réalisées afin de donner la parole aux internes de médecine générale, ainsi qu'aux généralistes installées ou remplaçantes, concernant leurs pratiques d'allaitement.

Notre étude montre que des internes et chefs de cliniques de toutes spécialités arrivent à allaiter longtemps. Il serait alors intéressant de les écouter dans une étude dédiée, afin de savoir comment elles arrivent à concilier la maternité, et principalement l'allaitement, avec leurs conditions de travail en milieu hospitalier. Cela peut également se faire auprès de l'ensemble des professionnels hospitaliers, médicaux et paramédicaux, également soumis à des rythmes de travail particuliers.

Professeur Marie Eve ROUGE BUGAT
1, avenue Louis Blériot
31500 TOULOUSE
N° ADEL: 811 11793 1
N° SFRS: 10100079234

Toulouse, le 12/02/19

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de médecine Rangueil
Elie SERRANO

Bibliographie

1. OMS | Allaitement maternel [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/nutrition/breastfeeding/fr/
2. Salanave B. Durée de l'allaitement maternel en France, résultats de l'étude Epifane 2012-2013 [Internet]. [cité 29 oct 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/27/2014_27_2.html
3. INSEE. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 - Insee Première - 1642 [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
4. INSEE. Âge moyen de la mère à l'accouchement en 2017 | Insee [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390>
5. INSEE. Série 001747998 - Taux de natalité [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001747998>
6. INSEE. Série 001774728 - Âge moyen de la mère à la naissance - Occitanie [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001774728>
7. Claire Kersuzan, Séverine Gojard, Christine Tichit, Xavier Thierry, Sandra Wagner. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'enquête ELFE maternité, France métropolitaine, 2011 [Internet]. 2011 [cité 5 nov 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/27/pdf/2014_27_1.pdf
8. Annick Vilain. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Deux nouveaux nés sur trois sont allaités à la naissance. Avril 2016. Numéro 0958 [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er958.pdf>

9. Mareschal FA. Allaitement maternel et reprise du travail: étude rétrospective cas/témoins menée auprès de 51 professionnelles qui travaillent au sein au CHRU de Besançon du 25 juillet au 1er octobre 2013. 2014.
10. Rouffignac H de, Heintz A-L, Victor Chaplet V, Gil R, Gomes J, Pierre F, et al. Allaitement et internat de médecine générale, est-ce compatible?: enquête descriptive et transversale en France métropolitaine. [France]; 2014.
11. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes [Internet]. 2015 [cité 6 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/2/26/AFSH1500837D/jo/texte>
12. Faculté de médecine de Toulouse. Liste des coordonateurs de DES Toulouse 2018 [Internet]. [cité 5 févr 2019]. Disponible sur: https://medecine.ups-tlse.fr/docs/Coordonneurs_DES_DESC_maj_08-01-2019.pdf
13. Le Rumeur Gwenaël, De Braeckelaer Sébastien. Vécu de l'allaitement par les femmes médecins généralistes libérales en Midi-Pyrénées. Etude qualitative par entretiens semi dirigés. [Toulouse]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018.
14. SCCAHP - Syndicat des Chefs de Clinique & Assistants des Hôpitaux de Paris - Dossier [Internet]. [cité 29 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.sccahp.org/ArticleDossier.php?CleDossier=25>
15. Sophie Martos. Temps de travail «à rallonge» des internes [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/04/17/temps-de-travail-rallonge-des-internes-lisni-reclame-les-plages-additionnelles_857118
16. Raselinary SH. Grossesse et maternité pendant l'internat de médecine générale: conséquences et ressenti. Étude qualitative réalisée à partir de 15 entretiens semi-dirigés. [Amiens]: Université de Picardie Jules Vernes, faculté de médecine d'Amiens; 2016.

Annexe 1 : Questionnaire

Enquête sur l'allaitement chez les internes et chefs de cliniques d'Occitanie.

Questionnaire s'adressant à toutes les internes et chefs de cliniques, ayant au moins un enfant né à partir de l'externat.

Que vous ayez allaité ou non votre enfant, je vous remercie de participer à mon étude dans le cadre de ma thèse.

Je souhaite étudier l'allaitement maternel chez les internes et chefs de clinique par rapport à la reprise du travail.

Pour un enfant le questionnaire dure environ 5 minutes (promis). Plus vous avez d'enfant plus le questionnaire sera long, merci de tenir jusqu'au bout.

Ne tenez pas compte du nombre de page inscrit en bas, vous n'aurez très probablement pas à toutes les remplir car c'est selon le nombre d'enfant. Courage !

Vous concernant,

1. Etes-vous : un homme une femme
2. Vous concernant, quel âge avez-vous ? _____
3. Quelle est votre spécialité d'internat ou de clinicat ? _____
4. De quel CHU dépendez-vous ? Toulouse Montpellier
5. Avez-vous des enfants ? 0 1 2 3 4

Concernant le premier enfant,

6. Quand est il né par rapport à vos études ? Avant l'externat Durant l'externat Durant l'internat Durant le clinicat
7. Avez-vous souhaité l'allaiter ? Oui Non
8. Si non à la question précédente, vos conditions de travail ont-elles influencé votre décision de ne pas allaiter ? Oui Non
9. Avez-vous été en situation d'allaitement maternel durant votre internat ou clinicat ? Oui Non

Concernant votre allaitement,

10. Si on considère le projet d'allaitement comme étant la durée totale de l'allaitement que vous imaginiez durant votre grossesse :
La durée réelle de votre allaitement était elle en accord avec votre projet d'allaitement ? Oui Non
11. Quelle a été la durée (totale ou en cours) de votre allaitement maternel exclusif en nombre de semaines ? _____
12. Quelle a été la durée (totale ou en cours) de votre allaitement, en semaines ? (allaitement exclusif + allaitement mixte) _____

Concernant la reprise du travail,

13. Avez-vous repris :
- Avant la fin du congé maternité auquel vous aviez droit
 - À la fin du congé maternité auquel vous aviez droit (sans compter les vacances)
 - Après un arrêt maladie faisant suite à votre congé maternité
 - Après une disponibilité, ou un congé parental, faisant suite au congé maternité
14. Lors de votre reprise du travail, votre stage était-il validant ?
 Oui Non Non concernée
15. Dans quel service ou stage ambulatoire étiez-vous au moment de votre reprise ?
 Dans un service de médecine Dans un service de chirurgie
 En ambulatoire
16. Quelle était alors votre charge de travail, nombre d'heures par semaine _____
17. Nombre de garde par mois _____
18. Votre lieu de travail était-il éloigné de votre domicile familial (> 45 min de trajet)? Oui Non

Concernant votre allaitement au moment de la reprise du travail,

19. Avez-vous continué d'allaiter après votre reprise ? Oui Non
20. Si non à la question précédente, les conditions de travail faisant suite à votre congé maternité vous ont-elles incitées à arrêter votre allaitement ?
 Oui Non
21. Si oui à la question précédente, pourquoi ?
 Eloignement géographique Fatigue Stress Horaires de travail incompatibles Difficultés techniques Autres _____
22. Sachant que l'Article L1225-30 du code du travail prévoit que pendant une année à compter du jour de la naissance, la salariée allaitant son enfant peut bénéficier de mesures particulières afin de mener à bien son projet, cochez dans la liste ce qui selon vous était respecté :
 Heure légale Pièce isolée Réfrigérateur
23. Le questionnaire est terminé pour cet enfant, si vous en avez allaité un autre durant l'internat ou le clinicat merci de continuer. Continuer avec l'enfant suivant Oui Non

Concernant ce deuxième enfant,

24. Quand est-il né par rapport à vos études ? Avant l'externat Durant l'externat Durant l'internat Durant le clinicat
25. Avez-vous souhaité l'allaiter ? Oui Non
26. Si non à la question précédente, vos conditions de travail ont-elles influencé votre décision de ne pas allaiter ? Oui Non
27. Avez-vous été en situation d'allaitement maternel durant votre internat ou clinicat ? Oui Non

Concernant votre allaitement,

28. Si on considère le projet d'allaitement comme étant la durée totale de l'allaitement que vous imaginiez durant votre grossesse :
La durée réelle de votre allaitement était elle en accord avec votre projet d'allaitement ? Oui Non
29. Quelle a été la durée (totale ou en cours) de votre allaitement maternel exclusif en nombre de semaines ? _____
30. Quelle a été la durée (totale ou en cours) de votre allaitement, en semaines ? (allaitement exclusif + allaitement mixte) _____

Concernant la reprise du travail,

31. Avez-vous repris :
- Avant la fin du congé maternité auquel vous aviez droit
 - À la fin du congé maternité auquel vous aviez droit (sans compter les vacances)
 - Après un arrêt maladie faisant suite à votre congé maternité
 - Après une disponibilité, ou un congé parental, faisant suite au congé maternité
32. Lors de votre reprise du travail, votre stage était il validant ?
 Oui Non Non concernée
33. Dans quel service ou stage ambulatoire étiez-vous au moment de votre reprise ?
 Dans un service de médecine Dans un service de chirurgie
 En ambulatoire
34. quelle était alors votre charge de travail, nombre d'heures par semaine _____
35. Nombre de garde par mois _____
36. Votre lieu de travail était il éloigné de votre domicile familial (> 45 min de trajet)? Oui Non

Concernant votre allaitement au moment de la reprise du travail,

37. Avez-vous continué d'allaiter après votre reprise ? Oui Non
38. Si non à la question précédente, les conditions de travail faisant suite à votre congé maternité vous ont-elles incitées à arrêter votre allaitement ?
 Oui Non
39. Si oui à la question précédente, pourquoi ?
 Eloignement géographique Fatigue Stress Horaires de travail incompatibles Difficultés techniques Autres _____
40. Sachant que l'Article L1225-30 du code du travail prévoit que pendant une année à compter du jour de la naissance, la salariée allaitant son enfant peut bénéficier de mesures particulières afin de mener à bien son projet, cochez dans la liste ce qui selon vous était respecté :
 Heure légale Pièce isolée Réfrigérateur
41. Le questionnaire est terminé pour cet enfant, si vous en avez allaité un autre durant l'internat ou le clinicat merci de continuer.
Continuer avec l'enfant suivant Oui Non

Concernant ce troisième enfant,

42. Quand est il né par rapport à vos études ? Avant l'externat Durant l'externat Durant l'internat Durant le clinicat
43. Avez-vous souhaité l'allaiter ? Oui Non
44. Si non à la question précédente, vos conditions de travail ont-elles influencé votre décision de ne pas allaiter ? Oui Non
45. Avez-vous été en situation d'allaitement maternel durant votre internat ou clinicat ? Oui Non

Concernant votre allaitement,

46. Si on considère le projet d'allaitement comme étant la durée totale de l'allaitement que vous imaginiez durant votre grossesse :
La durée réelle de votre allaitement était elle en accord avec votre projet d'allaitement ? Oui Non
47. Quelle a été la durée (totale ou en cours) de votre allaitement maternel exclusif en nombre de semaines ? _____
48. Quelle a été la durée (totale ou en cours) de votre allaitement, en semaines ? (allaitement exclusif + allaitement mixte) _____

Concernant la reprise du travail,

49. Avez-vous repris :
- Avant la fin du congé maternité auquel vous aviez droit
 - À la fin du congé maternité auquel vous aviez droit (sans compter les vacances)
 - Après un arrêt maladie faisant suite à votre congé maternité
 - Après une disponibilité, ou un congé parental, faisant suite au congé maternité
50. Lors de votre reprise du travail, votre stage était il validant ? Oui Non Non concernée
51. Dans quel service ou stage ambulatoire étiez-vous au moment de votre reprise ?
- Dans un service de médecine
 - Dans un service de chirurgie
 - En ambulatoire
52. quelle était alors votre charge de travail, nombre d'heures par semaine _____
53. Nombre de garde par mois _____
54. Votre lieu de travail était il éloigné de votre domicile familial (> 45 min de trajet) ? Oui Non

Concernant votre allaitement au moment de la reprise du travail,

55. Avez-vous continué d'allaiter après votre reprise ? Oui Non
56. Si non à la question précédente, les conditions de travail faisant suite à votre congé maternité vous ont-elles incitées à arrêter votre allaitement ? Oui Non
57. Si oui à la question précédente, pourquoi ? Eloignement géographique Fatigue Stress Horaires de travail incompatibles Difficultés techniques Autres _____
58. Sachant que l'Article L1225-30 du code du travail prévoit que pendant une année à compter du jour de la naissance, la salariée allaitant son enfant peut

bénéficier de mesures particulières afin de mener à bien son projet, cochez dans la liste ce qui selon vous était respecté :

- Heure légale Pièce isolée Réfrigérateur
59. Le questionnaire est terminé pour cet enfant, si vous en avez allaité un autre durant l'internat ou le clinicat merci de continuer. Continuer avec l'enfant suivant Oui Non

Concernant le quatrième enfant,

60. Quand est il né par rapport à vos études ? Avant l'externat Durant l'externat Durant l'internat Durant le clinicat
61. Avez-vous souhaité l'allaiter ? Oui Non
62. Si non à la question précédente, vos conditions de travail ont-elles influencé votre décision de ne pas allaiter ? Oui Non
63. Avez-vous été en situation d'allaitement maternel durant votre internat ou clinicat ? Oui Non

Concernant votre allaitement,

64. Si on considère le projet d'allaitement comme étant la durée totale de l'allaitement que vous imaginiez durant votre grossesse :
La durée réelle de votre allaitement était elle en accord avec votre projet d'allaitement ? Oui Non
65. Quelle a été la durée (totale ou en cours) de votre allaitement maternel exclusif en nombre de semaines ? _____
66. Quelle a été la durée (totale ou en cours) de votre allaitement, en semaines ? (allaitement exclusif + allaitement mixte) _____

Concernant la reprise du travail,

67. Avez-vous repris :
- Avant la fin du congé maternité auquel vous aviez droit
 - À la fin du congé maternité auquel vous aviez droit (sans compter les vacances)
 - Après un arrêt maladie faisant suite à votre congé maternité
 - Après une disponibilité, ou un congé parental, faisant suite au congé maternité
68. Lors de votre reprise du travail, votre stage était il validant ? Oui Non Non concernée
69. Dans quel service ou stage ambulatoire étiez-vous au moment de votre reprise ?
 Dans un service de médecine Dans un service de chirurgie En ambulatoire
70. Quelle était alors votre charge de travail, nombre d'heures par semaine _____
71. Nombre de garde par mois _____
72. Votre lieu de travail était il éloigné de votre domicile familial (> 45 min de trajet) ? Oui Non

Concernant votre allaitement au moment de la reprise du travail,

73. Avez-vous continué d'allaiter après votre reprise ? Oui Non
74. Si non à la question précédente, les conditions de travail faisant suite à votre congé maternité vous ont-elles incitées à arrêter votre allaitement ? Oui
 Non
75. Si oui à la question précédente, pourquoi ? Eloignement géographique
 Fatigue Stress Horaires de travail incompatibles Difficultés techniques
 Autres _____
76. Sachant que l'Article L1225-30 du code du travail prévoit que pendant une année à compter du jour de la naissance, la salariée allaitant son enfant peut bénéficier de mesures particulières afin de mener à bien son projet, cochez dans la liste ce qui selon vous était respecté :
- Heure légale Pièce isolée Réfrigérateur

Enquête sur l'allaitement chez les internes et chefs de clinique d'Occitanie.

Étude quantitative par questionnaire.

Objectif : Déterminer si le projet d'allaitement est respecté, durant l'internat ou le clinicat en Occitanie, toute spécialité confondue. **Matériel et méthode :** Etude quantitative transversale observationnelle du 30/08/18 au 03/12/18. Ont été incluses l'ensemble des internes et chefs de cliniques d'Occitanie de sexe féminin, ayant au moins un enfant. Le recueil de données s'est fait par un auto-questionnaire en ligne qui comprenait 4 parties. Les données générales de la mère, l'enfant et son allaitement, la reprise du travail et la poursuite de l'allaitement. L'analyse des données a été effectuée avec le logiciel Excel®. **Résultats :** 63 questionnaires ont été validés. 58 mères ont été incluses, pour 68 enfants. 14 spécialités médicales sont représentées. 60 enfants ont été allaités, soit un taux d'allaitement de 88%. Les durées d'allaitement exclusif varient de 1 à 75 semaines, pour une moyenne de 17,6 semaines. Les durées d'allaitement total vont jusqu'à 117 semaines pour une moyenne de 28 semaines. 23% des enfants ont été allaités de manière exclusive au-delà de 6 mois. 40% des mères ont arrêté leur allaitement avant la reprise du travail, principalement chez les internes. Parmi elles, 2/3 ont déclaré que leurs conditions de travail les y avaient incitées. 31 mères ont déclaré que leur projet d'allaitement imaginé durant la grossesse, était respecté, soit 66% des chefs de clinique et 46% des internes. Le taux d'accord du projet d'allaitement est de 52% si l'allaitement a été maintenu après la reprise, et 50% s'il a été arrêté. **Conclusion :** Les résultats de cette étude montrent qu'un allaitement de longue durée est possible durant l'internat et le clinicat. Le projet d'allaitement est respecté pour la moitié des participantes. Il est plus difficile pour les internes de parvenir à concrétiser leur projet d'allaitement suite à la reprise du travail.

Mots-clefs : allaitement / projet d'allaitement / internat / clinicat / reprise du travail.

Survey on resident's breastfeeding in Occitanie. Quantitative study

Objective: To determine if the breastfeeding project is achieved, during the residency in Occitanie, all specialties together. **Material and method:** Observational cross-sectional quantitative study from 30/08/18 to 03/12/18. Were included all the women residents and clinic leaders of Occitanie, having at least one child. The data collection was done through an online self-questionnaire that consisted of 4 parts. General data of mother, child and breastfeeding, return to work and continuation of breastfeeding. Data analysis was performed with Excel® software. **Results:** 63 surveys were validated. 58 mothers were included, along with 68 children. 14 medical specialties are represented. 60 children were breastfed, representing a breastfeeding rate of 88%. Exclusive breastfeeding times range from 1 to 75 weeks, with an average of 17.6 weeks. Total breastfeeding times range up to 117 weeks with an average of 28 weeks. 23% of children were breastfed exclusively after 6 months. 40% of mothers stopped breastfeeding before returning to work, mainly among residents. Of these, 2/3 said that their working conditions had prompted them to do so. 31 mothers reported that their breastfeeding plan, imagined during pregnancy was achieved, with 66% of clinic heads and 46% of interns. The rate of achievement for the breastfeeding project is 52% if breastfeeding has been maintained after returning to work, and 50% if it has been stopped. **Conclusion:** The result of this study is that long-term breastfeeding is possible during the residency. The breastfeeding project is achieved by half of the participants. It is more difficult for residents to achieve their breastfeeding project after returning to work.

Key words: breastfeeding / breastfeeding project / residency / return to work.

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 12 mars 2019 par Mme Lise HONORE

Directrice de thèse : Mme le Docteur Florence DURRIEU

Discipline administrative : médecine générale.