

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement
par

Sarah ENGRAND MOUGINOT
Pauline MASSOL ETCHETO

Le 22 JUIN 2020

**ACCOMPAGNEMENT DES ALLAITEMENTS MIXTES :
CHEMINS DÉLICATS ET COMPLEXES**

Étude qualitative auprès de professionnels compétents en allaitement

Directeur de thèse : Dr Anne FREYENS

JURY :

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGÉ-BUGAT

Président

Madame le Docteur Anne FREYENS

Assesseur

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

Assesseur

Madame le Docteur Laurence BARDY BRIERRE

Assesseur

Madame le Docteur Christelle CAZOTTES

Assesseur

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ADDUE 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 Biologiques)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétiq
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHALUVEAU 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 (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVALD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	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. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYDUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLÉS Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Moloko

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAVALD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie infantile	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BOUNÉS Vincent	Médecine d'urgence
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
Mme BURJA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme COURTADE SAÏDI Monique	Histologie Embryologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. TACK Ivan	Physiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire		
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	P.U. Médecine générale	
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention		
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Professeur Associé de Médecine Générale	
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. BOYER Pierre	
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie		
M. HUYGHE Eric	Urologie		
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie		
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
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 Eile (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
Professeur Associé de Médecine Générale			
M. STILLMUNKES André			

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Mynam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabella	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Saouane	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. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	immunologie
Mme TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOUJAA Bruno
Mme PUECH Marielle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELFLA 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 FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Lelia

Remerciements communs

Merci au Docteur Anne Freyens de nous avoir accompagnées comme directrice de thèse tout au long de ces deux années de travail. Merci pour ses conseils avisés, pertinents, constructifs, fruits de son expérience dans la direction de thèse et dans l'accompagnement régulier de femmes allaitantes au sein de sa patientèle.

Merci au Professeur Marie-Eve Rougé-Bugat d'avoir accepté de présider notre jury de thèse.

Merci aux membres du jury, rencontrés sur nos terrains de stage, que nous sommes heureuses d'avoir à nos côtés aujourd'hui :

Docteur Laurence Bardy Briere, maître de stage de Sarah en santé de la femme et de l'enfant, qui délivre le cours d'allaitement pour les internes d'Ariège ;

Docteur Christelle Cazottes, maître de stage en santé de la femme et de l'enfant, maître de stage de Pauline en praticien niveau 1 ;

Docteur Bruno Chicoulaa, maître de conférence associé, rencontré à plusieurs reprises en cours ou sur nos terrains de stage dont nous avons apprécié le dynamisme.

Merci à toutes les professionnelles interrogées, les consultantes en lactation, les sages-femmes, les puéricultrices, les infirmières, les médecins généralistes et pédiatres. Merci pour votre accueil chez vous ou sur votre lieu de travail. Merci pour le temps et la confiance que vous nous avez accordés. Merci de vous être livrées sur vos expériences professionnelles et parfois personnelles. Nos rencontres ont été riches, pleines de découvertes. Elles nous ont ainsi permis d'élaborer ce travail de thèse, certes laborieux, mais passionnant, qui vient clôturer nos belles années d'études médicales. Un grand grand merci.

Remerciements de Sarah

A Pauline, pour son amitié depuis le début de nos études, pour son implication dans notre travail de thèse, pour ses grandes qualités humaines que j'admire.

Aux patients rencontrés sur mon parcours qui m'apprennent à déployer cette belle vertu qu'est l'écoute.

A mes maîtres de stage et aux équipes qui m'ont accompagnée dans l'apprentissage de mon métier, les Docteurs Nathalie Sastre et Françoise Lala et l'équipe du centre mémoire, l'équipe de la fragilité, le Docteur Hélène Villars, l'ensemble de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé), le Docteur Gilles Brierre et les cardiologues du CHIVA, le Docteur Bénédicte Ferté, le Docteur Laurence Bardy Brierre et les médecins de la Tour du Crieu, les Docteurs Jean-Luc Sendra, Jordan Birebent et leur équipe.

Au bon Docteur Jean-Pierre Rocher, alias "mon rocher" by Gaby, qui a été le premier à me faire découvrir, en Ariège qui plus est, la beauté et la réalité de la médecine générale, portée par sa bienveillance et son inoxydable bonne humeur.

Au Docteur Karine Pariente, qui m'a accueillie à plusieurs reprises à la PASS, dont l'écoute, la générosité, l'ouverture de cœur et d'esprit me touchent particulièrement.

Au Docteur Laurence Bardy Brierre, dont j'ai apprécié la bienveillance, le dévouement et la générosité auprès de sa jeune patientèle.

A mes camarades de promo de la P1 à la D4 grâce à qui j'ai passé de belles et si joyeuses années.

A nos professeurs passionnés par leur discipline, en particulier Pr Carrié, Pr Chap, Pr Chauveau, Pr Moscovici, Pr Perret, Pr Rivière, Mr Gantet.

Aux médecins de la famille, dont je suis heureuse de devenir la consœur, les Docteurs Isabelle Augustin Pascalis et Pascal Augustin.

A mon oncle et ma tante, Antoine et Isabelle, pour m'avoir généreusement accueillie lors de mes révisions en P1.

A Pascale et au Docteur Antoine Le Roy à qui je dois beaucoup, par leur investissement majeur et leur soutien précieux lors de notre première année d'étude, et au-delà.

A Françoise et Bruno Colombié, pour leur amitié, leur affection, leur accueil doux et chaleureux lors de mon semestre à Castres.

Au Père Joseph Kana, aux médecins de l'hôpital Roi Khaled, au Burundi, ce pays magnifique qui nous a accueillies pour notre stage d'externat à l'étranger.

A mes co-internes, pour leur amitié précieuse et nos échanges constructifs qui m'aident à me (re)questionner sur mes choix et ma pratique ;

Charlotte Brouchet, Marie-Agathe Foucard, Lucile Moreau ;

Charlotte Le Roy avec qui je garde de très bons souvenirs de notre P1 et dont j'admire la force de travail et l'empathie ;

mes merveilleuses colocs tombées du Ciel pour qui j'ai tant d'admiration et d'affection, le Docteur (!!!) Marie Colombié de Castres et l'infectiologue de renom Cécile Granger de Pibrac!

A ma filleule Pauline à qui je souhaite un beau parcours dans la profession.

A mon parrain Vincent et ma marraine Claire qui veillent.

Au frère Marie-Laurent et au frère Maximilien-Marie, pour leur écoute bienveillante et leurs conseils lumineux au long de ses années d'études.

A Charlotte Dufour et au Père Simon pour leur amitié bénie si grande, leur écoute, nos échanges édifiants.

A mes beaux-parents, pour leur affection et leurs encouragements.

A mes grands-parents, pour leur amour et leur sagesse.

A mes parents, mes frères et sœurs, Thomas, Elisabeth et Violette, pour leur amour, leur fierté, leur soutien et leurs encouragements au long de ces années d'études laborieuses, parfois éprouvantes, et tellement belles.

A mes trois merveilles, mes filles chéries Madeleine, Paola et Anne-Victoire, qui m'émerveillent chaque jour et m'apprennent à donner aux événements de la vie leur juste place.

A Philippe mon époux, pour son amour indéfectible.

A Celui à qui je dois tout et à qui tout revient, Il est "le Chemin, la Vérité et la Vie" Jn 14,6.

A Maman.

Remerciements de Pauline

Merci à toi, Jérémy, mon tendre amour, pour ton soutien constant, ton incroyable patience, ces mots que tu sais trouver lors des moments de doute accompagnants la vie de tout médecin. Merci pour ta présence. Merci pour ton amour. Merci pour tous ces moments qu'il nous reste à vivre ensemble.

Merci à mes parents et mon frère chéris, pour tout, mon enfance, mon adolescence, le début de la vie adulte. Merci pour les petits plats, les petits mots, les petites attentions, les gros câlins. Merci de m'avoir autant portée, autant aimée. Je vous aime profondément, de la terre jusqu'au ciel.

Merci à mes grands-parents pour cette fierté que j'ai pu si souvent lire dans vos yeux (Papi, il y aura un Docteur MASSOL dans la famille !). Merci à mes taties et tontons chéris, ma marraine chérie, mes cousins et petits-cousins chéris, pour ces moments de bonheur pur, de complicité folle, ces parenthèses qui me permettent à chaque fois de me ressourcer. Carmaux sera toujours ce lieu d'amour et de partage. Un merci particulier à Aurèle et Chani pour m'avoir ouvert les portes du monde merveilleux de l'allaitement. Une tendre pensée pour Anny, qui nous a quittés trop tôt.

Merci à mes beaux-parents et ma belle-soeurette, au reste de ma belle-famille, pour votre bienveillance, votre compréhension pendant ces longues heures de travail. Merci pour ces doux moments de répit et de partage à Biarritz. Merci de la façon dont vous m'avez accueillie dans votre si belle famille.

Merci à mes copines adorées, particulièrement Marinette, Minou, Soso, mes L.E.S et témoins d'amour, et Helena, de m'avoir soutenue, écoutée, rassurée, amusée. Notre amitié est un trésor. Merci à Flore pour ton aide dans ce travail.

Merci à Sarah pour ta patience et ta bienveillance. Ta bonne-humeur et ton rire communicatif ont rendu ce travail plus léger et je suis heureuse d'avoir partagé ces moments avec toi. Merci à Philippe et vos adorables trois petites filles d'avoir bien voulu me prêter épouse et maman.

Merci à toutes les personnes qui ont participé à ma formation, patients, médecins, professeurs, amis et compagnons d'étude, internes, externes, infirmiers, aides-soignants, secrétaires médicales. Merci particulièrement, par ordre d'apparition, aux Drs Jean-Guy

Marc, Mathilde Léoty, Emile Escourrou, Christelle Cazottes, Emmanuelle Gaumart-Garcia, Anne Freyens et sa fine équipe.

En cette période particulière de crise sanitaire, je suis fière de faire partie du monde des soignants, fait de dévotion aux autres, d'empathie, d'humanité. Je dédie ce travail à tous ceux qui partagent avec moi cette vocation.

ABRÉVIATIONS

ABM : Academy of Breastfeeding Medicine

AME : allaitement maternel exclusif

AMx : allaitement mixte

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

AP : allaitement partiel

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CL : consultant en lactation

DAL : dispositif d'aide à la lactation

DIULHAM : Diplôme Inter-Universitaire Lactation Humaine et Allaitement Maternel

HAS : Haute Autorité de Santé

INVS : Institut de Veille Sanitaire

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

LA : lait artificiel

LM : lait maternel

MOOC : Massive Open Online Courses

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : centre de Protection Maternelle et Infantile

PPN : Préparation Pour Nourrisson

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	10
LEXIQUE	14
INTRODUCTION	15
MÉTHODE	17
A. Type d'étude	17
B. Population cible	17
C. Echantillonnage	17
D. Guide d'entretien	18
E. Réalisation des entretiens	18
1. Dates et lieux des entretiens	18
2. Recueil des données	18
3. Déroulement des entretiens	19
F. Analyses des données	19
G. Rôles des chercheuses	20
H. Préoccupation éthique	21
RÉSULTATS	22
A. Caractéristiques de l'échantillon et déroulement des entretiens	22
B. Présentation des résultats	22
1. L'AMx, une problématique complexe, sous tendue par des situations diverses	22
1.1. L'AMx, un terme compliqué à définir et parfois confus	22
1.2. Un éventail large et complexe de raisons de faire un AMx	23
1.2.1. L'impact culturel sur la pratique de l'AMx en France	23
1.2.2. Un contexte sociétal hostile à l'allaitement en France	24
1.2.3. Un défaut d'accompagnement des soignants	24
1.2.4. Les causes d'origine maternelle	25
1.2.4.1. Lactation déficiente	25
1.2.4.2. Perte de confiance et anxiété de la mère	27
1.2.4.3. Choix maternel ou conjugal	27
1.2.4.4. Reprise du travail	27
1.2.5. Insuffisance pondérale du nourrisson	28
	11

2.	Attitude des professionnelles face à la problématique de l'AMx : questionner, écouter, informer	28
2.1.	Des sentiments mêlés et un abord variable de l'AMx	28
2.2.	Éliminer les "fausses bonnes raisons"	29
2.3.	Ecoute et information par des professionnels compétents	29
2.4.	Des alternatives à l'AMx pour favoriser l'AME	30
3.	Une issue complexe car incertaine et non sans risque	31
3.1.	Des devenir variés, souvent imprévisibles	31
3.1.1.	Les échecs plus fréquents que les réussites	31
3.1.2.	Un AMx parfois transitoire	32
3.2.	Les répercussions et risques de l'AMx	33
3.2.1.	L'impact du biberon	33
3.2.2.	Les conséquences de l'utilisation du LA	34
3.2.3.	Et pourtant mieux que rien ?	35
4.	Accompagnement complexe de l'AMx, pérenne sous conditions	35
4.1.	Importance du soutien aux parents	35
4.2.	6 semaines de vie : un âge charnière pour aborder l'AMx	36
4.3.	L'AMx pouvait se pérenniser sous certaines conditions	36
4.4.	Une bonne gestion du biberon était un atout pour un AMx prolongé	37
4.4.1.	Des indications logistiques sur l'utilisation du biberon	37
4.4.2.	Des explications pratiques sur la manière de donner le biberon	38
4.4.3.	Quelques repères pour choisir le LA	38
4.4.4.	Des éléments pour guider le choix de la tétine	39
4.4.5.	Aborder l'introduction des premiers biberons	39
4.4.6.	Conseils particuliers à la reprise du travail de la mère	40
	DISCUSSION	41
A.	L'AMx : une question culturelle et sociologique	41
B.	Les raisons évoquées d'AMx face aux indications médicales de compléter	43
C.	L'AMx : des risques dominés par celui du sevrage et du conflit sein-tétine	45
D.	Accompagnement de l'AMx : entre repères consensuels et complexité du cas par cas	46
E.	Forces et limites de ce travail	49
	CONCLUSION	50

BIBLIOGRAPHIE	52
ANNEXES	55
Annexe 1 : Lettre d'information pour le recrutement des personnes à interroger	55
Annexe 2 : Première version du guide d'entretien	56
Annexe 2 bis : Seconde version du guide d'entretien	57
Annexe 3 : Talon sociologique	58
Annexe 4 : Exemple d'un contexte d'énonciation	59
Annexe 5 : Extrait du tableau excel	60
Annexe 6 : Lettre de consentement	61

LEXIQUE

Allaitement mixte (AMx) défini selon l'ANAES : mode d'alimentation du nourrisson associant du LM et du LA.

Allaitement artificiel (définition Larousse) : distribution de lait reconstitué à un jeune mammifère privé de l'alimentation lactée de la mère.

Consultant en lactation (CL) (1) : professionnel de l'allaitement et de la lactation humaine. Une certification IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) est nécessaire pour être référencé en tant que CL. La certification initiale se base sur une expérience de pratique clinique en allaitement et lactation humaine (ex : 1000 h requis pour l'examen de 2012) et une formation spécifique en allaitement (dont formation en sciences de la santé). Tous les 5 ans, cette certification est revalidée soit par formation continue soit par examen, garantissant une mise à jour des connaissances.

Dispositif d'aide à la lactation (DAL) (2) : dispositif pouvant être utilisé lorsqu'un nourrisson doit recevoir des compléments, que ce soit de LM ou LA. Il est constitué d'un récipient dans lequel se trouve le supplément, relié à une tubulure dont l'embout est glissé dans la bouche du bébé. Le DAL est le plus souvent utilisé au cours d'une tétée au sein ("DAL au sein"), ce qui maintient une stimulation mammaire en même temps que la supplémentation. Il peut aussi s'employer en dehors d'une tétée en maintenant l'embout dans la bouche de l'enfant avec un doigt ("DAL au doigt").

INTRODUCTION

Le lait maternel (LM) constitue le meilleur aliment pour le nourrisson jusqu'à l'âge de 6 mois. Ses bénéfices sur la santé de la mère et l'enfant sont proportionnels à la durée de l'allaitement maternel (3),(4). L'allaitement maternel exclusif (AME) qui consiste à nourrir un enfant exclusivement au LM, quel que soit le moyen de l'administrer, reste peu répandu à travers le monde. Le taux d'AME se maintient sous le seuil des 50% avant 6 mois de vie, et ce dans la plupart des pays (5).

Plus de 80% des nouveau-nés dans la plupart des pays à travers le monde reçoivent du LM (5). C'est dire combien est répandue la pratique de l'allaitement partiel (AP), associant au LM un autre aliment ou boisson (4). Cette pratique se retrouve bien avant l'âge de 6 mois, particulièrement au sein des sociétés traditionnelles (6). Il peut s'agir de substituts de lait, de céréales, d'eau sucrée ou non, ou toute autre nourriture, particulièrement en France pendant la période de diversification alimentaire dès 4 mois (4).

En France, dans les premiers mois de vie, l'AP prend souvent la forme d'un allaitement mixte (AMx), en associant au LM des préparations pour nourrissons (PPN) (7). Les taux d'AMx en 2012 étaient de 15% en maternité, 19% à 1 mois de vie, 17% à 3 mois (7). Le terme d'AMx est retrouvé dans la littérature scientifique française mais beaucoup plus difficilement dans la littérature internationale. Ce constat fait dire que la problématique de l'AMx concerne assez spécifiquement la France (8). La littérature, même française, abonde peu à ce sujet et il n'a pas été retrouvé de travail de thèse en ayant déjà traité. Des conseils pour initier l'AMx et éventuellement le prolonger sont difficiles à trouver, alors qu'il est pourtant pratiqué par 1 femme sur 5 à 1 mois de vie (7).

De nombreux travaux mettent en évidence le rôle crucial des professionnels de santé dans l'initiation et le maintien de l'allaitement maternel. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en a fait un de ses 10 axes de politique de promotion de l'allaitement (9). Nombre de femmes rencontrent des difficultés avec leur allaitement et ne trouvent pas l'appui nécessaire auprès des professionnels pour y faire face (4). Elles voient dans les positions contradictoires des soignants une pression implicite de ne pas allaiter ce qui les décourage à poursuivre. La durée totale d'allaitement en France reste relativement courte avec une médiane à 15 semaines (7). La reprise du travail de la mère implique bien souvent un sevrage de l'allaitement maternel, puisque 30% des mères l'évoquent comme raison d'introduire des biberons de LA à 4 mois (7).

L'AMx ne pourrait-il pas ouvrir une voie pour allonger la durée des allaitements maternels ? Les couples qui pratiquent ce mode d'alimentation pour leur enfant sont-ils suffisamment bien accompagnés par les professionnels ? Comment les professionnels compétents en allaitement perçoivent-ils l'AMx ?

Pour toutes ces raisons ce travail de thèse a voulu s'intéresser à l'AMx comme une alternative possible face à la dualité AME/allaitement artificiel. L'objectif principal de l'étude était de recueillir l'expérience des professionnels compétents en lactation vis à vis de l'AMx. L'objectif secondaire était d'obtenir des conseils pour accompagner les couples et les dyades mère-enfant qui font le choix d'un AMx afin de pouvoir le poursuivre le temps souhaité.

Ce travail débute par une explication sur le choix de la méthode de recherche puis les résultats de l'étude sont présentés selon un plan qui veut suivre le déroulé d'une consultation : d'abord identifier la problématique soulevée par les parents, les raisons qui les mènent à se tourner vers l'AMx ; ensuite évoquer l'attitude des professionnels compétents face à une demande ou une situation d'AMx ; puis les conséquences et issues possibles de l'AMx à prendre en compte; et enfin les conseils apportés par les professionnelles pour mettre en place et accompagner l'AMx. Certains points sont ensuite repris dans la discussion et mis à la lumière de la littérature scientifique actuelle.

MÉTHODE

A. Type d'étude

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons choisi une méthode qualitative par entretiens individuels et une analyse selon les principes d'une théorisation ancrée. Les entretiens semi-dirigés nous paraissaient le meilleur outil pour obtenir de la façon la plus exhaustive possible l'expérience des personnes interrogées, en recentrant régulièrement les propos sur l'AMx pour éviter de se disperser sur l'allaitement maternel en général.

B. Population cible

Nous avons décidé d'interroger des professionnels ayant une formation reconnue en allaitement maternel : soit DIULHAM (Diplôme Inter-Universitaire Lactation Humaine et Allaitement Maternel), soit formation IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant). Ce critère d'inclusion a été établi à partir de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016 (10) qui considère comme personne référente en allaitement les consultantes en lactation certifiées IBCLC et les professionnels de santé titulaires du DIULHAM. Il n'y avait pas de critères d'exclusion.

C. Echantillonnage

Les professionnels ont été contactés par mail, leurs adresses ayant été obtenues par recherche sur internet (1) ou par notre entourage. Le mail (en Annexe 1) expliquait notre démarche, à savoir interroger des professionnels sur leur vécu dans l'allaitement, sans préciser que le sujet de recherche était l'AMx pour ne pas induire de réflexion préalable. Le recrutement des personnes suivantes s'est fait par effet boule de neige, les professionnels interrogés nous donnant des contacts à la fin de chaque entretien.

Nous avons pris soin de solliciter des professionnels de profils différents, en effectuant des relances mail auprès des contacts dont le profil semblait pouvoir différer des personnes déjà interrogées. Nous avons secondairement axé notre recrutement sur les consultantes en lactation (CL) dont les entretiens étaient plus contributifs, de par leur formation particulièrement approfondie et leurs expériences multiples dans l'accompagnement de l'allaitement maternel. A noter que les CL n'ayant pas d'autre formation médicale ne se considéraient pas comme professionnelles de santé.

La taille de l'échantillon a été fixée par le nombre de professionnels acceptant de participer à notre étude jusqu'à l'obtention subjective de la saturation théorique des données concernant la question de recherche.

D. Guide d'entretien

Nous avons réalisé un guide d'entretien comme support aux entretiens semi-dirigés. Les questions ont été réfléchies pour être ouvertes et ne pas influencer les réponses des personnes interrogées, tout en permettant de balayer les thèmes intéressants à aborder. Nous avons fait une première version avec dix questions (disponible en Annexe 2). Afin de s'assurer de la compréhension du guide, deux entretiens "tests" ont été réalisés. A l'issue de ces entretiens, une nouvelle question a émergé sur le type de population concernée par l'AMx, et la question sur la place du médecin généraliste dans l'accompagnement de l'AMx a été supprimée, apportant peu à la question de recherche. Le guide final (présenté en Annexe 2bis) était constitué de dix questions. Des reformulations et relances ont été prévues pour aider les personnes interrogées en cas de difficultés pour répondre.

Le guide n'a pas évolué au fil des entretiens suivants, étant pour nous un outil facile d'emploi, efficace, n'ayant pas amené à de nouvelles interrogations.

E. Réalisation des entretiens

1. Dates et lieux des entretiens

Les professionnels ayant répondu au mail ont été contactés par téléphone pour convenir d'un rendez-vous. Nous avons fixé les dates des entretiens en fonction des disponibilités des personnes interrogées. Les entretiens étaient réalisés selon leur préférence, soit à notre domicile, soit au leur, soit sur leur lieu de travail.

2. Recueil des données

Les deux entretiens "tests" ont été réalisés en présence des deux investigatrices, l'une menant l'entretien, l'autre observant sans intervenir afin d'apprécier la qualité du guide d'entretien et avoir un regard critique sur la conduite de l'entretien.

Nous avons mené les entretiens suivants séparément, en se répartissant les professionnels de manière équitable et selon nos disponibilités. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone puis retranscrits dans leur intégralité à l'aide du logiciel de traitement de texte

Word, en conservant les éléments du discours parlé (“euh”, “beh”, ...) et en ajoutant les éléments non verbaux de communication (rires, silences, ...).

3. Déroulement des entretiens

Avant chaque entretien, nous nous présentions en tant qu’interne en médecine générale et donnions une explication sur notre démarche, les objectifs de recherche et le déroulement de l’entretien. Après cela le profil des personnes interrogées était établi à l’aide de questions sur l’âge, la profession, le mode d’exercice (libéral, hospitalier ou mixte), le lieu d’exercice (urbain, rural, semi-rural), la durée d’exercice, le degré de formation dans l’allaitement, la proportion de consultations concernant l’allaitement par rapport aux autres demandes et l’expérience personnelle dans l’allaitement (talon sociologique présenté en Annexe 3). Pour lancer la discussion sur le sujet de recherche, nous posons une question large sur ce qu’évoquait l’AMx pour le professionnel, et les autres questions du guide d’entretien étaient posées sans ordre prédéfini, en suivant le fil de réflexion et les déclarations de la personne interrogée. A la fin de l’entretien nous vérifiions que toutes les questions avaient été posées avant de le clore. Immédiatement après nous écrivions notre ressenti sur l’entretien, les conditions dans lesquelles il s’était déroulé et les idées nouvelles apportées (exemple d’un contexte d’énonciation en Annexe 4).

Il était proposé aux personnes interrogées de leur envoyer l’entretien retranscrit afin qu’elles puissent valider leurs propos, en convenant qu’elles pouvaient supprimer des déclarations mais ne pouvaient pas en ajouter. Aucune n’a souhaité que cela soit fait.

F. Analyses des données

Le travail d’analyse de chaque entretien a débuté par une lecture flottante de la retranscription pour s’imprégner de la couleur générale du discours (analyse verticale). Après une lecture plus détaillée des propos recueillis (“verbatim”), chaque “nœud de sens” a été isolé et a généré un code (“codage”). Les verbatims et codages étaient reportés dans un tableau excel (extrait présenté en Annexe 5), chaque colonne correspondant à un entretien et chaque ligne à une association codage/verbatim(s). Le travail de catégorisation des codages par analyse transversale (d’abord sous-catégories puis catégories) a débuté à l’issue du troisième entretien lorsque nous avons ressenti le besoin d’organiser les nœuds de sens dans le tableau excel. Nous avons poursuivi en parallèle la réalisation de nouveaux entretiens et

l'analyse de ceux déjà retranscrits. Les catégories ont évolué progressivement vers des catégories conceptuelles au fur et à mesure des entretiens.

Lorsque la saturation théorique des données a été atteinte, un dernier entretien a été réalisé pour confirmer qu'il n'y avait pas de nouvelles données concernant la question de recherche émanant des entretiens.

Après cette étape d'analyse thématique nous avons soumis notre travail de recherche à notre directrice de thèse pour effectuer une triangulation des chercheurs. Nous avons également confronté nos données à ce que nous avons découvert dans la littérature, afin de les ancrer dans le contexte médical et sociétal actuel.

G. Rôles des chercheuses

Nous sommes deux internes en médecine générale de la Faculté de Toulouse. Nous avons commencé notre recherche bibliographique pendant notre 2^e semestre d'internat. La problématique de l'AMx a été soulevée par le peu de ressources bibliographiques que nous avons trouvées. Nous nous sommes alors interrogées sur la façon de l'aborder et avons opté pour l'entretien individuel de professionnels de l'allaitement.

Nous avons eu un premier échange avec notre directrice de thèse pour aborder les grands principes de la recherche qualitative et du guide d'entretien. Nous avons approfondi ces notions par la lecture d'un livre de méthodologie en recherche qualitative (11).

Fortes de ces connaissances, nous nous sommes penchées sur le guide d'entretien. Nous avons d'abord imaginé les questions individuellement à partir des interrogations suscitées par la recherche bibliographique. Puis une mise en commun a été faite pour aboutir à la première version du guide.

Nous avons assisté à l'atelier de recherche qualitative proposé par le DUMG sur l'analyse thématique et la théorisation ancrée, pour nous familiariser avec le codage des verbatims et les étapes de catégorisation et de thématisation. Nous avons analysé chaque entretien séparément de la sorte, avec discussion en cas de discordance sur le codage ou l'association d'un verbatim à un codage préexistant. Nous avons fait des points réguliers pour maintenir une cohérence et une même dynamique dans notre travail de recherche.

Nous avons assisté à un dernier atelier sur la rédaction de la thèse.

Nous avons tenu un carnet de bord pour retracer nos échanges, réflexions et discussions avec notre directrice de thèse.

Nous avons eu une réflexion en tant que personne, analysant ce qui pouvait nous influencer et notre propre influence sur les données. Nous avons essayé d'avoir l'attitude la plus neutre possible en faisant abstraction de ces éléments tout au long de la recherche.

H. Préoccupation éthique

Avant de débiter l'entretien, une lettre de consentement était datée et signée (exemplaire en Annexe 6). Lors de la retranscription des entretiens, nous avons anonymisé les données, que ce soient les noms de personnes ou de lieux.

RÉSULTATS

A. Caractéristiques de l'échantillon et déroulement des entretiens

Le recrutement a été réalisé de septembre 2018 à mai 2019 avec relance mail de certains professionnels dans l'intervalle. Cinq personnes contactées ne nous ont pas donné de réponse malgré les relances. Une personne était intéressée par le projet mais n'a pas pu y participer par manque de disponibilité.

Au total onze professionnelles ont été interrogées, incluant deux entretiens "tests" dont les données et analyses ont été intégrées au travail de recherche car de qualité satisfaisante.

Les personnes interrogées venaient de Haute-Garonne et Tarn-et-Garonne et répondaient aux critères d'inclusion. Seules les deux personnes interrogées pour les entretiens "tests" n'avaient pas les formations requises (DIULHAM et IBCLC) : l'une d'elle avait suivi une formation sur l'allaitement en ligne MOOC (Massive Open Online Courses), l'autre avec Maternip. Le talon sociologique est présenté en Annexe 3.

Les deux entretiens "tests" ont été réalisés en juillet et septembre 2018, les autres entre septembre 2018 et juin 2019. Les entretiens se sont déroulés pour cinq d'entre eux au domicile de la personne interrogée, quatre sur leur lieu de travail et deux à nos domiciles.

La saturation théorique des données a été atteinte au terme de dix entretiens. Un entretien supplémentaire a été réalisé pour la confirmer.

Les entretiens ont duré entre 32 et 110 minutes, soit une moyenne de 63,8 minutes.

B. Présentation des résultats

1. L'AMx, une problématique complexe, sous tendue par des situations diverses

1.1. L'AMx, un terme compliqué à définir et parfois confus

La plupart des professionnelles désignaient d'emblée l'AMx comme l'introduction dans l'alimentation du nourrisson de LA, aussi désigné par "substituts de lait maternel" ou "préparation pour nourrisson", en association au LM. D'autres le définissaient plus largement comme l'introduction d'autre chose ou d'un autre lait que le LM. La proportion variable de LM et de LA administrée à l'enfant donnait lieu à la définition de valeurs : AMx prédominant ou non prédominant. Parfois une ambiguïté dans la définition était soulevée initialement en parlant de mixité de moyen et non de lait, avant d'être reprise pour donner la juste définition.

“Puis AMx ça veut dire quoi ? C’est ... ça dépend de ce que ça veut dire aussi : est-ce que c’est mixte c’est introduire un biberon de lait maternisé ou un biberon de lait qu’elle peut tirer ?” (I2, L93)

L’AMx était considéré comme une préoccupation très française.

“Je trouve que c’est un terme qui est franco-français là, qui (rires) qui existe pas trop dans la littérature en fait un peu un souci français.” (I9, L17)

A partir de la diversification plusieurs situations existaient. Si l’enfant continuait de recevoir du LM et du LA, on restait sur un AMx. Si en revanche l’allaitement maternel se poursuivait avec arrêt du LA, on parlait d’AP.

Certaines professionnelles voyaient une différence entre l’AMx où les tétées au sein et au biberon s’alternaient, et l’AMx, a priori transitoire, où le biberon de LA venait comme complément en fin de tétée.

1.2. Un éventail large et complexe de raisons de faire un AMx

1.2.1. L’impact culturel sur la pratique de l’AMx en France

Certaines professionnelles voyaient le choix d’un AMx comme une réponse culturelle alors que d’autres ne l’observaient pas dans leur patientèle.

L’AMx semblait fréquent parmi les femmes originaires du Maghreb et d’Afrique noire vivant en France. Le choix s’y portait volontiers dès la naissance, avec une mise en place facile, sans désagrément pour la mère. Il perdurait parfois très longtemps. Sa réussite pouvait s’expliquer par le soutien familial environnant et la simplicité avec laquelle ces femmes abordaient l’allaitement. Elles voyaient l’AMx comme un moyen de se faciliter la vie. Certaines l’utilisaient seulement de façon transitoire les premiers jours de vie. Une fois la montée de lait en place elles revenaient à l’allaitement au sein à la demande.

“Des fois les premiers jours elles ont l’impression que le colostrum c’est pas très bon pour le bébé et qu’il faut faire du mixte, mais qu’après le lait viendra. Y a des cultures comme ça.” (I10, L326)

Certaines professionnelles expliquaient cette pratique par le désir des femmes de jumeler leur culture ancienne allaitante avec la modernité. Mais elles craignaient qu’il soit posé dans l’ignorance en se basant sur de fausses croyances, sans être informées des répercussions possibles sur la durée de leur allaitement et la santé de l’enfant.

“Donc dans ces cultures-là on fait du mixte euh euh parce qu’on croit que c’est pas grave, que c’est une addition, pas une soustraction.” (I10, L95)

Elles se demandaient si le choix de l'AMx aurait été différent dans leur pays d'origine, du fait d'une accessibilité à l'eau, aux biberons et à des conditions d'hygiène différentes.

Certaines professionnelles remarquaient que les femmes migrantes primo-arrivantes pratiquaient au contraire plutôt un AME du fait d'une vision plus naturelle de l'allaitement et d'une méfiance vis à vis du biberon.

“Donc il est hors de question de faire autre chose, le biberon on sait pas ce que c'est hein ?” (I3, L275)

1.2.2. Un contexte sociétal hostile à l'allaitement en France

L'AMx était vu par certaines professionnelles comme la séquelle de l'incompétence de la société française dans le domaine de l'allaitement.

Il a été soulevé que certains mouvements féministes soutenaient des propos négatifs ou égalitaristes vis à vis de l'allaitement, imposant aux pères et aux mères de partager les tâches à égalité.

La société véhiculait une image de l'allaitement peu attirante, considérant l'échec comme un pré-requis.

“Donc je pense que leur choix du mixte, c'est aussi assis sur le fait qu'on ne leur parle pas de l'allaitement d'une façon très sexy quand même (rires). C'est un peu un piège. C'est l'esclavage, c'est le piège (pause), tu vois. C'est pas glamour.” (I10, L169)

La société transmettait auprès des femmes des messages erronés et des idées reçues qui sabotaient l'allaitement : limiter les tétées quotidiennes, donner un biberon pour permettre à l'enfant de faire ses nuits, juger l'allaitement incompatible avec des jumeaux, le voir comme une perte de liberté, comme forcément douloureux ou prenant la place du père.

“Alors qu'on est dans quelque chose d'inverse en fait dans notre culture française, c'est que prendre un biberon pour les gens c'est normal, et par contre prendre le sein c'est devenu quelque chose de de moins normal.” (I8, L467)

1.2.3. Un défaut d'accompagnement des soignants

Un défaut de soutien des mères par les professionnels de santé dans les premières heures de vie ou en cours de suivi impactait la lactation et conduisait à l'AMx. Il leur était reproché un manque de temps et d'écoute vis à vis du souhait de la mère.

“C’est un AMx pour moi qui est forcé parce que les parents n’ont pas demandé à aucun moment qu’un biberon de lait artificiel soit introduit.” (I1, L218)
Leur manque de compétence et leur méconnaissance de l’allaitement étaient responsables de décisions et réponses inadéquates face à une difficulté rencontrée par les parents.

“C’est très facile de dire "beh oui, il grossit pas, donnez-lui un biberon". En général quelques semaines plus tard le bébé il prend que les biberons.” (I9, L231)
Certains parents étaient en colère de constater que du LA avait été introduit sans leur aval.

1.2.4. Les causes d’origine maternelle

L’AMx était rarement un choix des mères.

“Mais c’est souvent des situations je pense effectivement assez complexes. Et peut-être pas toujours choisies.” (I9, L67)

Même si le ressenti variait selon les femmes, bien souvent le passage à l’AMx était vécu comme un échec et altérait la confiance des mères en elles-mêmes.

1.2.4.1. Lactation déficiente

L’AMx était parfois initié en réponse à une lactation déficiente, causée par des situations très diverses, particulièrement au démarrage de l’allaitement. Elle provenait soit d’une impression de manque de lait soit d’une insuffisance de lait réelle.

1.2.4.1.1. Les impressions de manque de lait

Les impressions de manque de lait représentaient la majorité des cas et venaient d’une conduite de l’allaitement qui dès le début, n’était pas optimale.

“T’as quand même au moins 60% des mères qui pensent manquer de lait.”
(I10, L109)

Un défaut de stimulation du sein était favorisé par une séparation mère-enfant en maternité ou un bébé inefficace au sein à cause de difficultés de succion d’origines diverses. Des conditions d’accouchement difficiles (spatules, aspiration) pouvaient avoir des répercussions sur la sphère ORL et provoquer un trouble de l’oralité.

L’introduction précoce et répétée du biberon pouvait impacter la capacité de succion au sein du bébé et la rendre inefficace, les techniques de succion s’opposant l’une à l’autre.

“S'il est déshydraté, fatigué, que y'a vraiment un transfert de lait insuffisant, on va lui donner à boire bien entendu, autre chose si la maman n'a pas assez de lait, bien sûr.” (I9, L238)

Face à des douleurs de crevasses, parfois liées à un frein de langue restrictif chez l'enfant, des bouts de sein en silicone pouvaient être proposés aux mères pour protéger le mamelon. Les bébés pouvaient s'y habituer, perturbant la mise au sein et la prise de poids.

“Un bout de sein n'a jamais ne peut jamais éduquer un bébé à téter correctement.” (I5, L365)

Certaines professionnelles ne partageaient pas cette avis, confiantes dans les capacités d'adaptation du bébé.

Limiter le nombre, la fréquence des tétées quotidiennes créait beaucoup de manque de lait. En acceptant une fréquence de tétées au sein plus élevée, surtout les premiers jours de vie, le risque de manque de lait aurait été diminué, même chez les mères faibles productrices. La fatigue maternelle entraînait aussi une baisse de la lactation, l'AMx venant en soutien.

1.2.4.1.2. Les insuffisances réelles de lait

Le manque de lait réel, rare, était difficilement quantifiable en France, car selon les professionnelles, la société créait des manques de lait culturels et iatrogènes par son impact négatif sur l'allaitement. Parmi les causes, on retrouvait celles relevant de la pathologie, troubles hormonaux, hypoplasie de la glande mammaire, ou celles induites par une chirurgie mammaire, dont les chirurgies de réduction.

“Ben c'est rare, une chirurgie mammaire où on est, où on puisse allaiter. [...] Alors que les chirurgiens ils disent mais non, mais non, ça va, ça va aller. (à voix basse) Mais pas du tout.” (I7, L291-293)

L'AMx était une solution chez des femmes “petites productrices” ou en dernier recours si, à cause d'un défaut de stimulation initiale pris en charge tardivement, il persistait un manque de lait effectif malgré les multiples tentatives pour y remédier.

“Les petites productrices, celles qui produisent pas tout à fait assez, elles arrivent à produire 4 ou 500 cc par jour [...]. Sachant que le bébé boit entre euh, 600cc par jour et 1 litre 3, selon les bébés.” (I10, L585)

1.2.4.2. Perte de confiance et anxiété de la mère

Selon les professionnelles interrogées, la mère remettait parfois en cause sa capacité à allaiter. La perte de confiance était alimentée par les pleurs de son enfant qu'elle avait du mal à calmer, surtout lors des poussées de croissance où les besoins en lait étaient augmentés et dont elle n'était pas informée. L'AMx était alors une réponse à son anxiété et le biberon la rassurait.

Cette remise en cause pouvait venir de l'entourage notamment familial.

“Oui vers un mois, un mois et demi, on arrive dans ces [...] coliques, le gosse pleure. Ah la belle-famille dit mais c'est normal tu n'as plus assez de lait (rires). C'est le moment des bons conseils de la famille.” (I7, L43-52)

1.2.4.3. Choix maternel ou conjugal

Selon les professionnelles certaines mères pouvaient percevoir l'allaitement maternel comme une contrainte et initiaient l'AMx pour avoir davantage de libertés. Il leur permettait aussi d'instaurer un rythme avec leur nourrisson, pratique que les professionnelles qualifiaient d'AMx “à la française”.

“Y'a l'AMx à la française quand on veut garder tant de tétées par jour, les espacer et donner un biberon pour essayer de donner un rythme entre guillemets au bébé [...]. C'est basé sur un modèle de bébés au biberon je pense, le mixte en fait.” (I9, L22- L375)

La limite entre AMx et sevrage était parfois source de confusion pour certaines mères.

“Elles viennent avec cette demande-là de sevrer, je leur dis «mais ça veut dire que vous voulez arrêter complètement le sein? - Ah non j'aimerais bien garder la tétée du matin et du soir. » Donc c'est du mixte, là, c'est plus un sevrage.” (I2, L519)

Le choix de l'AMx pouvait être motivé par l'envie du père de s'impliquer, le souhait du couple de partager les tétées ou la crainte de la mère d'exclure son conjoint.

L'AMx dès la naissance se rencontrait rarement chez les françaises.

1.2.4.4. Reprise du travail

L'AMx donnait la possibilité aux mères qui le souhaitaient de prolonger leur allaitement lors de la reprise du travail si elles ne voulaient ou n'osaient pas tirer leur lait, ou si les quantités tirées n'étaient pas suffisantes. Certaines mères connaissaient cette

possibilité, certaines l'envisageaient même comme un passage obligé. D'autres au contraire n'y pensaient pas d'elles-mêmes.

“C'est pas tout ou rien ; parce que souvent les mamans c'est ça ou j'allaite ou je sèvre, et on dirait qu'il y a rien entre les deux, alors qu'il y a l'AMx.” (I4, L1060)

1.2.5. Insuffisance pondérale du nourrisson

L'AMx était instauré chez des nourrissons de petits poids de naissance avec indication pédiatrique de compléments à chaque tétée. Une prise de poids jugée insuffisante ou une perte de poids pouvaient également engendrer l'introduction de compléments. Elles venaient d'une lactation déficiente quantitativement ou qualitativement (chirurgie bariatrique), d'une montée de lait tardive (césarienne, accouchement long, manque de peau à peau), d'un mauvais accompagnement des professionnels.

“C'est une CATASTROPHE, une catastrophe. [...] Donc si elles font un by-pass, et si elles sont pas complémentées correctement [...] le lait maternel est déficient complètement, on a des bébés qui grossissent pas.” (I3, L746-750-753)

2. Attitude des professionnelles face à la problématique de l'AMx : questionner, écouter, informer

Les professionnelles s'accordaient sur une dynamique de promotion de l'AME, qu'elles considéraient comme le mode d'alimentation le plus adapté aux nourrissons. Cette vocation guidait leur ressenti de l'AMx et leur manière de l'aborder.

2.1. Des sentiments mêlés et un abord variable de l'AMx

Les professionnelles se représentaient l'AMx comme un mode de vie, un chemin, subi ou souhaité. C'était pour certaines une solution de repli, un choix par défaut. L'AMx était vu comme une fausse liberté, un pari sur l'allaitement, avec un risque important de sevrage. Les professionnelles le ressentaient comme des situations complexes et ne se sentaient pas à l'aise dans son accompagnement, bien que fréquemment rencontré.

“E : qu'est-ce que vous évoque l'AMx ? I7 : (réfléchit) Pfff l'échec.” (I7, L14)

Les professionnelles relataient aussi de belles expériences avec l'AMx. Celui-ci n'était pas toujours le signe de difficultés, notamment si la mère était guidée et renseignée. L'AMx était aussi vu parfois comme un choix parmi d'autre, compris par les professionnelles.

“Moi je le vois plus positivement aux alentours de 4-6 mois qu’au début quoi!
(rires)” (I9, L310)

Certaines professionnelles s’amusaient même de considérer les PPN comme la chance des pays riches : une alternative à l’échec, un processus de sécurité absolu, un soutien essentiel dans ce pilier du développement qu’est l’alimentation.

“Heureusement qu’on l’a ! (rires) ça sauves des vies !!” (I3, L32)

Les professionnelles admettaient qu’elles abordaient l’AMx de façon variable selon leur orientation professionnelle et leurs propres perceptions de l’allaitement. Elles restaient vigilantes sur les répercussions psychologiques de leurs discours : des propos trop encourageants ou pas assez soutenant pouvaient culpabiliser la mère ou l’amener vers ce qu’elle ne souhaitait pas.

2.2. Éliminer les “fausses bonnes raisons”

La première question que posaient les professionnelles aux couples désirant faire un AMx était “pourquoi ?”. Elles étaient convaincues qu’en prenant le temps de discuter avec les parents, beaucoup se rendaient compte que leur choix du mixte était basé sur de mauvaises raisons : parents désemparés, impression que c’est la seule solution, choix d’anxiété, mauvais conseils, difficultés à la naissance ou à la maternité. D’après les professionnelles, les parents revenaient souvent sur leurs décisions et acceptaient les alternatives proposées.

“Mais je reste persuadée que notre travail essentiel qui serait de comprendre pourquoi les femmes veulent du mixte, et sans vouloir les convaincre de ne pas en faire, démonter leurs arguments [...] qui sont résolubles autrement [...] il faut toujours discuter le bout de gras d’une mère qui veut faire du mixte, hein. Faut pas le prendre comme ça y est c’est acté (tape la main sur la table).”(I10, L427 et L637)

Selon les raisons évoquées par les parents, les professionnelles adaptaient leurs conseils.

2.3. Écoute et information par des professionnels compétents

Les professionnelles pensaient que les couples devaient être accompagnés par des professionnels compétents et des soignants qui savaient passer la main lorsqu’ils se sentaient dépassés.

Elles tenaient à prendre du temps avec les couples, discuter leur projet, leurs attentes, leur manière d’envisager l’AMx, la durée souhaitée.

L'information des parents, dès le départ, apparaissait comme capitale afin qu'ils fassent un choix éclairé, serein, qu'ils soient responsabilisés, qu'ils aient les outils pour mener à bien leur projet et limiter l'impact négatif de l'AMx. Les professionnelles leur expliquaient la physiologie de la lactation (démarrage, mise en place, principe de l'offre et la demande), les besoins nutritionnels et de succion du bébé, les intérêts du LM par rapport au LA. Elles les informaient des risques de l'AMx, le risque de sevrage en cas de biberons de LA introduits trop tôt ou de manière trop importante, le risque de préférence du biberon par le bébé. Les mères issues de cultures africaines semblaient manquer souvent de ces informations.

“Je les préviens de tout ce qui peut arriver, c'est-à-dire que le bébé peut aussi faire un choix. Donc faut quand même être préparé à ça en tant que mère allaitante.”
(I2, L107)

Les parents étaient informés que l'AMx pouvait être transitoire et ne signait pas l'arrêt de l'allaitement. Des conseils étaient donnés sur la manière de revenir en arrière et relancer la lactation si les parents changeaient d'avis.

“Même si y a une indication pédiatrique à donner un biberon, c'est pas perdu d'avance.” (I2, 467)

Les professionnelles évoquaient dès le début l'option de l'AMx à la reprise du travail.

2.4. Des alternatives à l'AMx pour favoriser l'AME

Les professionnelles étaient convaincues qu'il suffisait de peu pour éviter l'introduction d'un biberon de LA.

Selon les professionnelles, la place donnée au père dans l'alimentation du bébé était guidée par un mouvement égalitariste. Valoriser l'implication du père autrement qu'en donnant un biberon de LA était un moyen de promouvoir l'AME.

Selon elles prolonger l'AME passait par l'information et le soutien dès la maternité. Elles prévenaient les mères que la lactation mettait 6-7 semaines à s'installer et les encourageaient à investir leur allaitement tôt pour obtenir une lactation pérenne. Elles encourageaient les mères ne tenant pas à allaiter initialement à essayer, leur montrant des perspectives de liberté qu'elles n'avaient pas dans leur représentation d'AME.

“Il y en a quand même pas mal [...] qui au début souhaitent allaiter « juste pour essayer », « juste pour voir », ou « que si ça marche » et [...] qui allaitent très longtemps.” (I6, L287)

Les professionnelles prenaient le temps d'analyser la situation et proposaient des solutions en cas de difficultés : observer une tétée et corriger un problème de succion, donner les compléments en fin de tétée plutôt qu'au début, sensibiliser les parents aux signes d'éveil du bébé pour lui proposer le sein au moment opportun.

Les professionnelles voyaient l'introduction du LA comme le dernier recours. Elles conseillaient avant tout aux mères l'utilisation du tire-lait pour poursuivre l'alimentation du bébé au LM. Il s'utilisait par exemple en cas de douleurs mammaires pour soulager la mère des tétées ou en cas de lactation insuffisante (retard de montée de lait, bébé inefficace au sein avec problème de prise de poids). Le tire-allaitement était parfois un choix des parents chez des mères motivées. Débuter la diversification permettait aussi d'éviter le LA, notamment lors de l'entrée en crèche. Ces outils étaient intéressants à proposer lors de la reprise du travail, alors que peu de femmes poursuivaient l'AME sur cette période.

Les professionnelles avaient parfois recours au dispositif d'aide à la lactation (DAL). Il était une alternative au biberon en cas d'indication de complément. Le DAL au sein maintenait la stimulation de la glande mammaire et une bonne technique de succion pour le bébé, contrairement au DAL au doigt, qui avait pour autant l'avantage de pouvoir être donné par le papa.

3. Une issue complexe car incertaine et non sans risque

3.1. Des devenirs variés, souvent imprévisibles

Le devenir de l'allaitement maternel lors d'un AMx était imprévisible du fait d'une variabilité entre les femmes et entre les enfants. Son évolution pouvait fluctuer selon les besoins et préférences de l'enfant et nécessitait souplesse et adaptabilité des parents.

3.1.1. Les échecs plus fréquents que les réussites

Certains AMx pouvaient durer longtemps, avec des proportions faibles de LA et le maintien d'une stimulation fréquente de la lactation.

“On voit des AMx qui sont très longs. [...] des mamans qui allaitent très très longtemps en mixte, voilà plus d'un an, deux ans, voilà.” (I8, L310)

“C'est quand même très rare les allaitements mixtes longs” (I6, L255)

L'AMx induisait une diminution des demandes du sein du bébé, car rassasié avec le LA, la lactation était alors moins stimulée ce qui créait secondairement un manque de lait. L'AMx pouvait ainsi conduire à un sevrage précoce de l'allaitement maternel, par rapport au souhait

de la mère. Il était vécu souvent difficilement par les mères, comme une blessure, qui fragilisait la confiance en soi, d'où l'importance des professionnels de valoriser ce qui avait déjà été fait.

“Il faut qu'il y ait au moins 3 stimulations par 24h [...] Sinon elles vont vers un sevrage induit.” (I11, L143)

L'échec était favorisé par des proportions de LA trop importantes qui déséquilibraient la balance entre LM et LA, pas toujours maîtrisée par la mère. Il pouvait venir d'une introduction trop rapide du nombre de biberons ou d'erreur d'administration de compléments donnés avant la tétée.

Le risque de sevrage était inversement corrélé à l'âge de l'enfant. L'introduction de LA dès la maternité ou avant 1 mois-1 mois et demi impactait négativement la mise en place de l'allaitement et le volume atteint en fin de premier mois, donc limitait les capacités de la mère à répondre au pic de croissance et à assurer un allaitement sur la durée.

“Surtout ça aide pas à l'allaitement à se mettre en place, le lait est pas est pas assez riche, y en a pas assez, et du coup ben [...] ça se met pas en place et effectivement ça conforte la femme dans le fait que ça marchera pas !” (I7, L241)

L'issue dépendait des raisons ayant conduit à l'AMx. Les AMx mal accompagnés par les professionnels, contraints par une pression de l'entourage, par des difficultés d'allaitement ou de prise de poids du nourrisson, étaient plus courts car choisis par défaut ou vécus comme un échec par la mère.

3.1.2. Un AMx parfois transitoire

L'AMx pouvait être transitoire. Soit les biberons de LA introduits tardivement étaient arrêtés lors de la diversification, soit il y avait un retour à un AME lorsque les problématiques y ayant menées étaient résolues, ou lors de situations exceptionnelles (hospitalisation maternelle par exemple). Ce retour en AME était facilité chez des mères motivées, soutenues et des bébés n'ayant pas de préférence pour la tétine.

“Quand elles reviennent sur des allaitements exclusifs, elles en sont souvent très très fières quoi aussi. Une sorte de fierté, de challenge.” (I3, L304)

Les compléments introduits en maternité devaient être arrêtés le plus rapidement possible, le nourrisson pouvant alors développer ses capacités au sein. Les biberons devaient être supprimés progressivement en s'adaptant à la lactation de la mère, éventuellement aidée d'un tire-lait pour la relancer. Le retrait des compléments dépendait aussi de la prise de poids du nourrisson et de son efficacité au sein.

“Donner le sein, donner le complément derrière, eeeet petit à petit diminuer le complément et leur dire pendant 48-72 heures, vous ne faites QUE donner le sein, pour vraiment les stimuler pour avoir une jolie montée de lait. [...] au bout de 2-3 jours le complément, il en veut plus le gosse. (à voix basse) Les choses sont réglées.” (I7, L 242-249)

La réactivation de la lactation était plus ou moins facile et efficace selon les femmes, et pouvait conduire en cas d'échec à un AMx poursuivi à contre cœur.

3.2. Les répercussions et risques de l'AMx

Certaines professionnelles ne constataient pas de difficulté particulière avec l'AMx s'il s'agissait d'un choix éclairé. Mais pour la plupart l'AMx était source de complications.

“Et tout de suite là si je pense AM, d'emblée [...] ce qui me vient c'est complication ! (rires)” (I2, L12)

3.2.1. L'impact du biberon

L'AMx représentait un danger pour l'allaitement maternel par l'introduction du biberon qui pouvait compromettre définitivement la mise au sein et donc l'allaitement. L'introduction même d'un seul biberon n'était pas anodine bien que banalisée par les professionnels de maternité.

“Parce que le biberon c'est très concurrentiel avec le sein, que ce soit au niveau des quantités, et de la façon de prendre.” (I4, L357)

La tétine modifiait la succion, le nourrisson ne tétait plus correctement au sein. Certaines professionnelles parlaient de “confusion sein-tétine” chez des bébés qui ne savaient pas bien téter, gérant mal la différence de succion entre sein et biberon et occasionnant ainsi des douleurs mammaires. La plupart des professionnelles interrogées préféraient le terme “préférence sein-tétine”, plus proche de la réalité, les nourrissons sachant bien faire la différence selon elles. Le biberon permettait au nourrisson de boire “trop facilement”: facilité dans le débit de lait car plus rapide et sans effort, facilité dans la technique de succion car moins complexe qu'au sein.

“C'est qu'ils se trompent PAS les bébés [...] « confusion » ça voudrait dire qu'il se trompe, que bébé il fait pas bien la différence entre les deux. Pour moi bébé il fait TRÈS bien la différence entre les deux !” (I11, L374- 443)

“Un bébé il va choisir ce qui est le plus confortable pour lui !” (I11, L450)

Le refus du sein après avoir expérimenté le biberon restait pourtant exceptionnel surtout chez les nouveau-nés et nourrissons ayant un bon réflexe de succion.

La préférence du biberon pouvait parfois révéler l'existence d'un frein de langue restrictif du nourrisson ou un réflexe d'éjection fort de la mère.

Le biberon était aussi responsable de douleur et d'inconfort digestif pour l'enfant.

Il diminuait les interactions mère-enfant.

Parmi les répercussions du biberon sur la mère on retrouvait les risques d'engorgement et de mastite à cause du saut de tétées, surtout le premier mois où la lactation se mettait en place.

Il y avait aussi les candidoses par défaut d'hygiène des biberons, la fatigue, et l'impact psychique, l'introduction d'un biberon étant souvent mal vécue.

“L'allaitement, c'est le moment où elle se pose, assise, avec son bébé [...], quand c'est quelqu'un d'autre qui donne le biberon, elles vont faire aussi autre chose, ça aide pas à se reposer.” (I6, L239)

3.2.2. Les conséquences de l'utilisation du LA

Bien que les professionnelles disaient ne connaître que peu d'études comparant AME et AMx, elles convenaient que le LA n'équivalait pas au LM. Pour la plupart les bénéfices de l'AMx étaient moindres que ceux de l'AME, bien que dose-dépendants.

“Quand y a que 5% [...], faut pas faire d'extrémisme, je pense que quand même on n'est pas loin des bénéfices de l'exclusif.” (I10, L47)

Le LA provenait du lait de vache. Pour les professionnelles il n'était donc pas conçu initialement pour le nourrisson mais adapté secondairement, et avait un impact négatif sur la santé de l'enfant, même pour un seul biberon de LA. Il modifiait la flore intestinale, le transit (modification des selles), pouvait occasionner des régurgitations, ou créer un inconfort (gaz, douleurs) qui nécessitait d'éliminer une allergie aux protéines de lait de vache (APLV). L'administration de LA, même occasionnelle, interférait avec la mise en place de l'immunité et exposait au risque d'APLV.

“Le microbiote est complètement différent, du bébé allaité [...] Donc effectivement on a ni la même flore, ni le même cerveau.” (I4, L631-731)

Pour les professionnelles le LA à la naissance perturbait l'adaptation à la vie extra-utérine, modifiait l'équilibre métabolique surtout glycémique. Les enfants nourris au LA avaient selon elles un risque accru d'obésité à l'âge adulte. Les problématiques d'insuffisance

pondérale étaient rares en AMx, le risque se portait davantage sur une prise de poids excessive.

“Ca nous arrive [...] notamment avec les mamans africaines de dire “là on pense que vous pouvez réduire les biberons (rires) voire même les supprimer” !” (I8, L541)

Le LA avait un intérêt gustatif limité par rapport au LM qui présentait des goûts variés. La logistique de l'AMx apparaissait le plus souvent plus complexe que celle d'un AME, et impliquait un coût dont il fallait tenir compte.

3.2.3. Et pourtant mieux que rien ?

Les professionnelles n'encourageaient pas l'AMx à proprement parlé, encore moins dès la naissance, puisque l'AME restait la référence. C'est l'allaitement en général qui devait être encouragé et dont il fallait informer. L'AMx pouvait permettre la poursuite d'un allaitement maternel plutôt qu'un sevrage, donner une perspective à une mère en échec de son allaitement, être une possibilité à la reprise du travail. L'AMx pouvait s'envisager avec parcimonie, “un petit mixte”. Les professionnelles considéraient que la proportion de LM donnée à l'enfant, quelle qu'elle soit, était bonne à prendre, et donc l'AMx pouvait être valorisé auprès des parents car préférable au LA exclusif.

“De mon point de vue, un bébé qui n'a qu'une tétée de bienvenue à la naissance [...] c'est fabuleux, un bébé qui tète 3 jours c'est fabuleux.” (I5, L548)

Selon certaines professionnelles, l'encouragement de l'AMx n'augmenterait ni le taux d'allaitement maternel ni la durée de lactation.

4. Accompagnement complexe de l'AMx, pérenne sous conditions

Après avoir compris la ou les raisons qui conduisaient à l'AMx, pris en compte le ressenti de la mère, avoir informé le couple et lui avoir proposé des solutions alternatives, les professionnelles accompagnaient les parents dans leur projet d'AMx.

4.1. Importance du soutien aux parents

Les professionnelles constataient que les mères envisageant un AMx étaient peu soutenues et suivies, alors qu'elles avaient autant besoin d'encadrement que les autres mères allaitantes. Elles respectaient ce choix des couples, sans jugement.

“Si c’est le projet parental et que c’est avec ça que les parents sont bien, bé ça vaut le coup de le soutenir, de toute façon.” (I5, L565)

Elles aidaient les mères à reprendre confiance en leur capacité à avoir du lait en quantité et qualité, les encourageaient, même lorsque la proportion de LM était faible. Elles essayaient de les déculpabiliser vis à vis de l’introduction du biberon.

4.2. 6 semaines de vie : un âge charnière pour aborder l’AMx

Même si la période d’introduction de l’AMx dépendait du projet de la mère, les professionnelles le déconseillaient dès la naissance. Elles invitaient les mères à attendre au moins jusqu’à la montée de lait, et au mieux jusqu’à ce que leur allaitement soit bien installé, soit vers 1 mois- 1 mois et demi, avant d’introduire des biberons de LA ou le tire-allaitement, au risque que le bébé préfère le biberon.

“C’est pour ça que moi je suis peu favorable à l’AMx d’emblée parce que c’est LE moment où l’allaitement maternel doit se mettre en place.” (I2, 371)

“Plus elle va donner de LA, plus peut-être sa lactation, qui est en train de s’installer pendant les 4 à 6 première semaines, elle peut être compromise et être un petit peu moins bien installée, ou en tout cas sur des plus petits volumes.” (I9, 124)

Au-delà de 1 mois, une fois que la lactation était lancée en haute production, aidée par le pic de croissance, et que le bébé était efficace au sein, l’introduction de biberons interférait moins sur la durée d’allaitement et causait moins d’engorgement. Selon d’autres professionnelles, l’idéal était d’attendre plusieurs mois d’AME avant d’introduire l’AMx, tandis que d’autres disaient qu’introduire du LA en même temps que la diversification mettait en danger l’allaitement.

4.3. L’AMx pouvait se pérenniser sous certaines conditions

Les professionnelles soulignaient que l’AMx ne pouvait marcher que si le bébé acceptait le sein et l’autre support utilisé pour le LA, en général le biberon. Certains bébés passaient facilement du sein au biberon, pour d’autres bébés, cela dépendait de leur âge et du contexte. Il fallait leur laisser le droit de le refuser et leur proposer secondairement. Chez des mamans ayant peur que la tétine mette en péril l’allaitement ou des bébés ayant déjà des difficultés de succion, les professionnelles conseillaient d’autres supports n’interférant pas avec la technique de succion au sein et peu connus des mères (pipette de doliprane, seringue, cuillère, tasse comme la “baby cup”).

Les mères devaient être motivées, bénéficier d'un suivi prolongé et être informées des conditions de réussite suivantes. Après une mise en place de l'AMx la plus tardive possible, il était conseillé aux mères de maintenir un bon niveau de stimulation de la glande mammaire. Elles devaient éviter de donner des biberons de LA lorsqu'elles étaient avec leur bébé et privilégier des tétées au sein fréquentes et efficaces. Il fallait maintenir au moins 3 stimulations par 24h, nuit comprise, même si cela dépendait de la lactation de la mère et de l'âge du bébé. La stimulation pouvait aussi se faire au tire-lait.

“Quand elles sont bien au courant, voilà, que c'est le nombre de stimulations par 24 heures qui permet l'allaitement de se prolonger [...] ça peut durer très longtemps.” (I6, L221)

“Le nombre de tétée au-dessous duquel la lactation baisse est propre à chaque femme, les femmes surabondantes en lait risquent moins une baisse de lactation.” (I5, L768)

Les professionnelles conseillaient aux mères de trouver un équilibre entre stimulation du sein et quantité de LA donnée, en évitant d'introduire trop de biberons. Il était compliqué de fixer un nombre de biberons journaliers pouvant mettre en péril l'allaitement mais les mères avaient la possibilité de réajuster leur lactation à tout moment, en retrouvant une bonne proportion LM/LA.

Enfin l'AMx avait plus de chance de se prolonger s'il était un choix de la mère plutôt que s'il relevait de raisons médicales.

4.4. Une bonne gestion du biberon était un atout pour un AMx prolongé

4.4.1. Des indications logistiques sur l'utilisation du biberon

Les professionnelles expliquaient aux parents comment préparer un biberon : eau puis lait en poudre. Pour le volume à donner, certaines se basaient sur la règle d'Appert (quantité journalière de LA en mL = 200–250 + 1/10^e poids du bébé en grammes). D'autres conseillaient de se reporter aux indications des boîtes de lait, d'autres encore proposaient des biberons de petits volumes à réajuster éventuellement pour éviter le gaspillage. Selon les professionnelles, ce calcul du volume à donner paraissait très carré par rapport à la représentation maternelle de l'allaitement. Ce constat mettait en exergue l'ambivalence de l'AMx, jonglant entre la liberté et la souplesse de l'allaitement et l'aspect rigide des biberons.

“Les bébés allaités souvent ils ont l'habitude de fractionner leur repas et de pas prendre forcément un bib de 120 tout de suite.” (I11, L334)

Des indications d'hygiène étaient données par les professionnelles : ne pas garder un biberon non fini, laver le matériel à l'eau chaude savonneuse et le stériliser au moins une fois par semaine pour éviter les candidoses.

4.4.2. Des explications pratiques sur la manière de donner le biberon

Le biberon devait être donné à température ambiante, pendant au moins 20 minutes, en respectant un intervalle d'au moins 3h entre chaque prise, pour le confort digestif du bébé. Il fallait ensuite lui permettre d'évacuer l'excès d'air avalé relativement à une tétée au sein, en le gardant surélevé plusieurs dizaines de minutes.

Pour que l'allaitement puisse se poursuivre, il était fondamental selon les professionnelles que la mère suive certaines règles. Le bébé devait être préparé à recevoir un autre lait que celui de sa mère, il fallait le laisser appréhender lui-même l'objet biberon.

“Jamais faire d'intrusion à la bouche, moi je trouve que c'est vraiment quelque chose [...] qui est vraiment essentiel, c'est-à-dire de présenter la tétine ici (pointe le doigt sur le sillon naso-labial) comme sous le nez comme on présente le mamelon quoi ! de façon à ce que le bébé bé il ait envie de mettre quelque chose dans sa bouche (ouvre la bouche) et il va faire ça de lui-même quoi !” (I5, L322)

La technique de prise du biberon recommandée par les professionnelles était bébé vertical/biberon horizontal, pour reproduire les conditions d'une tétée au sein : ouverture de bouche, effort du bébé d'aller chercher le lait, pauses guidées par le bébé et débit de lait adapté car géré par le bébé. L'inverse occasionnait du stress au bébé, avec un débit du biberon trop rapide le contraignant à modifier sa succion en remontant le fond de la langue.

“On dit souvent les bébés « oui les bébés qui sont au biberon ils ont des gaz », oui mais parce que le biberon est mal donné aussi. Ça peut être le lait artificiel qui donne des gaz, mais c'est aussi la façon dont on donne le biberon.” (I4, L460)

4.4.3. Quelques repères pour choisir le LA

Les professionnelles se méfiaient du marketing autour des LA (en relais de l'allaitement, anti-régurgitations, ...) et ne conseillaient pas plus un LA qu'un autre, reconnaissant être peu formées sur la composition des PPN.

“Tout ce qui est en vente en grandes surfaces ou en pharmacies, sans ordonnance, c'est les mêmes !” (I6, L184)

Elles adaptaient leurs conseils à l'âge de l'enfant, son terrain allergique, ses éventuels troubles digestifs, au choix (bio ou non) et finances des parents. En cas d'APLV avérée le médecin se chargeait de la prescription des PPN. Elles sensibilisaient fortement les parents au danger des laits végétaux, surtout avant 1 an, non adaptés au développement du bébé.

4.4.4. Des éléments pour guider le choix de la tétine

Les professionnelles déploraient le commerce fait autour de biberons "compatibles avec l'allaitement" ou de tétines "physiologiques", en réalité inadaptées car dures, courtes, modifiant la prise du mamelon et pouvant être responsable de douleurs mammaires. Le choix de la tétine devait se faire au cas par cas, en privilégiant les plus basiques, longues et souples, avec un débit minimum, se rapprochant du mamelon.

4.4.5. Aborder l'introduction des premiers biberons

Que ce soit en maternité ou plus tard, les professionnelles trouvaient important d'assister à la première tétée au biberon, pour observer la technique de succion du bébé. Les professionnelles recommandaient que l'objet biberon soit introduit lors d'un moment calme, avec des parents pas pressés et un bébé éveillé, ni affamé ni en pleurs. Il était préférable qu'une autre personne que la mère propose le premier biberon : le père, les grands parents, la nounou, le personnel de crèche.

"Parce que sinon l'enfant avec l'odeur, il va se tourner vers sa mère et il va rien comprendre, et ils vont s'énerver, et tout le monde va s'énerver !" (I7, L96)

Pour certaines professionnelles, il n'y avait pas de schéma type d'introduction à donner aux parents : chaque dyade mère-enfant devait trouver son rythme, selon la réaction du bébé, le confort de la maman (éviter l'engorgement), son ressenti et sa capacité de lactation.

"Quand vous introduisez le biberon bé soyez attentive à vos sensations quand vous mettez le bébé au sein, si vous sentez que c'est moins confortable [...] ça veut dire que le bébé bé il est pas encore assez grand pour gérer les deux, [...] que sans doute l'enfant ouvre moins bien, moins grand et place moins bien la langue." (I5, L216-230)

Certaines professionnelles donnaient un tableau indicatif d'introduction des biberons selon l'âge. D'autres avaient des conseils très cadrés : introduire le biberon une tétée sur 2 (mais aussi critiqué pour le risque d'engorgement), ou une sur 4, introduire un nouveau biberon tous les 2-3 jours ou tous les jours à la même heure. Les tétées importantes à garder étaient celles du réveil, du goûter et du soir. Les professionnelles s'accordaient sur l'importance de

conserver une tétée nocturne. Il fallait introduire de manière générale le moins de biberons possible et ne pas dépasser cinq heures entre deux mises au sein.

4.4.6. Conseils particuliers à la reprise du travail de la mère

Les professionnelles informaient les couples sur les options à la reprise du travail : LM seul (grâce au tire-lait ou à la diversification), sevrage ou AMx. Lorsque l'AMx était choisi, la mère devait veiller à maintenir son niveau de lactation avec au moins 3 stimulations par 24h : tétées au sein avant de partir au travail et la nuit, tire-lait dans la journée.

Certaines professionnelles recommandaient d'anticiper l'introduction des biberons, entre 1 et 3 semaines avant la reprise du travail pour préparer le bébé à prendre autre chose que le LM et éviter que la mère ait des tensions mammaires. D'autres encourageaient la mère à profiter pleinement de l'AME et laisser l'introduction du biberon à la crèche ou à la nounou, qui devait être formée et s'adapter au souhait des parents. Anticiper la reprise du travail était parfois vue comme délétère, source de stress, mettant en danger la lactation de la maman et la technique de succion du bébé.

“Que ce soit pas brutal non plus, mais à la fois que ce soit pas trop anticipé [...]. Il faut trouver un espèce de juste milieu pour préserver un peu tout.” (I8, L482)

DISCUSSION

A. L'AMx : une question culturelle et sociologique

Le premier élément qui a retenu notre attention, car inattendu et surprenant, était l'impact de la culture sur l'AMx. Cette pratique était souvent retrouvée chez des mères originaires d'Afrique ou d'autres cultures anciennes allaitantes. Cette observation était pondérée par les propos de certaines professionnelles qui trouvaient que les femmes migrantes primo-arrivantes pratiquaient au contraire plutôt un AME.

Les études réalisées à l'échelle nationale et internationale évaluent davantage l'AP que l'AMx ; pour autant il en fait partie, et nous nous appuyons donc sur certaines d'entre elles pour analyser nos résultats.

L'étude ELFE réalisée en 2011 (12) a suivi environ 18000 enfants, et donne des informations sur l'impact de l'origine des parents sur l'allaitement. Ainsi elle rapporte que l'allaitement en maternité est beaucoup plus fréquent chez les femmes nées à l'étranger par rapport à celles nées en France. Le pourcentage d'enfants allaités est plus élevé si les deux parents sont nés à l'étranger (91%), et plus faible s'ils sont tous deux nés en France (65.5%). Chez les couples mixtes, le taux d'allaitement est plus élevé si c'est la mère qui est née à l'étranger (88,0% contre 77%).

Une étude menée en 2003 sur environ 13000 enfants (13) rapporte également que les femmes étrangères, quelle que soit leur origine, ont une propension à allaiter importante. Cette caractéristique a une influence plus marquée sur la pratique de l'AP que sur celle de l'AME, notamment chez les femmes originaires d'Afrique.

A propos des raisons pour lesquelles l'AMx est davantage répandu dans certaines populations, une étude menée aux Etats-Unis auprès de mexicaino-américains avec de faibles revenus (14) rapporte que certains parents choisissent l'AMx tôt dans la vie de l'enfant parce qu'ils souhaitent leur donner le meilleur de chacun, les bénéfices en santé de l'AME et "les vitamines et autres choses" des PPN. Ils ignorent au contraire que ces dernières réduisent les effets positifs de l'AME.

En France le choix de l'AP plutôt que celui de l'AME chez les mères étrangères repose parfois sur de fausses croyances (effet négatif du colostrum sur l'enfant, effet favorable de certains aliments), mais ne semble pas affecter la poursuite de l'allaitement maternel (13).

Certaines CL libérales n'observaient pas au sein de leur patientèle une prédominance de l'AMx selon l'origine culturelle. Elles reconnaissaient un biais de sélection dans leur patientèle. En effet les femmes de classes sociales élevées semblent mieux connaître les

effets bénéfiques de l'allaitement maternel et mieux chercher de l'aide pour surmonter les difficultés rencontrées (13). Les données sur les femmes originaires d'Afrique du Nord ou subsaharienne ont été obtenues auprès de professionnelles travaillant dans des structures publiques (CHU, PMI).

Le second élément qui a attiré notre attention au cours de notre recherche bibliographique est la définition d'AP et d'AMx que donne le docteur Claire Laurent (8). Elle définit chacun des termes en y ajoutant une valeur que nous qualifierions de sociologique. Selon elle, l'AP est un allaitement maternel avec un accès libre au sein, dès que l'enfant le cherche, auquel s'ajoute un complément de nature variable selon la culture (eau, vitamines, LA, ou encore diversification à partir de 4 mois). Ainsi l'allaitement maternel reste à la demande, condition physiologique nécessaire pour une mise en place durable. Il rend alors l'AP réalisable bien que non souhaitable à cause de ces conséquences négatives sur l'allaitement maternel et la santé de l'enfant. Ce type d'allaitement se retrouve dans les cultures traditionnelles, et notamment chez les femmes immigrées en France, même si cela est de moins en moins vrai avec les jeunes générations qui adoptent le modèle français de l'AMx (15).

L'AMx, expression très utilisée en France, désigne pour le Dr Laurent l'allaitement maternel associé à une PPN qui remplace les tétées au sein, avec un nombre et une durée de tétées diminuant au fil des mois. Les mères qui le pratiquent donnent le sein avec des horaires fixes, et limitent souvent les tétées à leur rôle nutritionnel. Cette restriction implique le début du sevrage et rend donc l'AMx dès la naissance difficilement compatible avec un allaitement prolongé.

Cette différence sociologique et sémantique associée au type d'allaitement n'était pas exprimée aussi clairement dans notre travail. Pourtant elle semblerait présente en filigrane dans les propos des professionnelles interrogées. Le choix de l'AMx parmi les femmes originaires du Maghreb et d'Afrique noire s'y portait volontiers dès la naissance, avec une mise en place facile, perdurant parfois très longtemps. Parmi les mères d'origine française au contraire on retrouvait parfois une utilisation de l'AMx pour instaurer un rythme auprès du nourrisson, qualifiée d'AMx "à la française" par certaines des professionnelles. Cette idée d'un AMx pratiqué à des horaires fixes ressortait aussi à travers les messages erronés véhiculés par la société française, particulièrement celui de limiter le nombre et la fréquence des tétées. Les professionnelles rapportaient bien les conséquences qui en découlaient : une

diminution des tétées au sein qui créait un manque de lait et induisait un sevrage précoce de l'allaitement maternel par rapport au souhait de la mère.

Pour illustrer ces propos il est intéressant de regarder les résultats d'une étude menée aux Etats-Unis auprès de 7000 enfants (14). Elle met en évidence l'impact du facteur ethnique sur la durée globale de l'allaitement maternel lors d'un AMx. L'AMx y est défini comme l'administration quotidienne de PPN en association au LM à partir de la première semaine de vie. Il est associé à une diminution de la durée totale de l'allaitement dans l'ensemble de la cohorte (à 4 mois de vie : 65% d'enfants allaités lors d'un AME contre 40% en AMx). Au sein des ethnicités hispanique et noire, l'AMx est plus souvent pratiqué qu'au sein de l'ethnicité blanche, et il n'est pas retrouvé chez elles de diminution de la durée totale d'allaitement. Selon nous ceci pourrait être lié à une manière différente d'aborder l'allaitement et d'utiliser les PPN comme développé ci-dessus.

La complexité de prise en charge de l'AMx auprès des mères nous semblerait résider en grande partie dans la conciliation de deux pratiques si différentes, opposées même. L'allaitement maternel demande souplesse et disponibilité de la mère pour s'adapter et répondre au besoin fréquent de téter de son enfant, essentiellement les deux premiers mois. De cette manière l'enfant régule lui-même ses besoins. L'allaitement artificiel au biberon semble choisi par les parents en opposition à l'allaitement maternel car plus cartésien, avec la possibilité de contrôler le rythme et les prises alimentaires du nourrisson. Les parents seraient portés dans cette voie par la société française qui n'a pas encore mis en place véritablement de politique éducative et sociale permettant d'inculquer une "culture de l'allaitement" (16).

B. Les raisons évoquées d'AMx face aux indications médicales de compléter

Parmi les raisons qu'elles citaient comme conduisant à l'AMx, les professionnelles interrogées considéraient la plupart comme mauvaises. L'impression de manque de lait, les a priori sur le colostrum, le manque de temps des soignants pour informer la mère, les inquiétudes maternelles notamment face à un enfant agité ou inconsolable, sont des raisons évoquées en maternité pour introduire du LA, mais effectivement inappropriées (17).

A propos de l'insuffisance de lait, le docteur Gisèle Gremmo-Feger (18) la considère comme un mythe culturellement construit. Bien qu'il n'y ait pas de définition précise de l'insuffisance de lait, parmi les différentes causes, la plus courante est la perception d'un manque de lait par la mère. Elle provient du besoin fréquent de téter du bébé, de l'agitation

ou des pleurs répétés ou prolongés, d'attentes irréalistes des parents vis à vis du nombre de tétées ou du sommeil de leur enfant, du manque de confiance des mères elles-mêmes ou de leur entourage familial et professionnel à pouvoir nourrir leur enfant en l'allaitant exclusivement.

Les insuffisances de lait qualifiées de secondaires sont liées à une conduite inappropriée de l'allaitement ou à une demande insuffisante de l'enfant, comme mentionné par les professionnelles que nous avons interrogées. Elles conduisent à un calibrage insuffisant de la production lactée pour les besoins du bébé.

Dans la classification que donne le Dr Gremmo-Feger, la troisième catégorie d'insuffisance de lait regroupe les incapacités pathologiques à produire du lait, de façon totale ou partielle. Elles sont très rarement rencontrées et concernent probablement moins de 5% des femmes. Perception de manque de lait et insuffisance de lait secondaire sont des phénomènes transitoires qui peuvent être corrigés par des mesures de prévention : encourager et soutenir les mères pour les aider à prendre confiance dans leur capacité à satisfaire les besoins de leur enfant et optimiser les pratiques de l'allaitement.

Il existe des indications médicales bien définies qui nécessitent la mise en place de compléments. Celles retenues par l'Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) (17) en maternité chez un enfant né à terme, en bonne santé et liées à l'enfant lui-même comprennent : l'hypoglycémie asymptomatique vérifiée par prélèvement biologique qui ne répond pas à des tétées suffisamment fréquentes ; les signes ou symptômes témoignant d'un apport inadéquat de lait (signes cliniques et biologiques de déshydratation, une perte de poids supérieure ou égale à 8-10% du poids de naissance à J5 de vie ou au-delà, des selles rares ou toujours méconiales à J5 de vie) ; une hyperbilirubinémie (ictère néonatal lié à des apports insuffisants en lait ou ictère au LM si les taux de bilirubine sont supérieurs à 340-425 $\mu\text{mol/l}$) ; indication d'une supplémentation en macronutriment (par exemple lors d'anomalie métabolique congénitale). Les indications de compléments retenues et liées à la mère sont une montée de lait tardive au-delà de J3-J5 avec apports insuffisants à l'enfant, une agénésie ou hypogénésie mammaire, une pathologie ou chirurgie mammaire avec insuffisance de la production lactée, une suspension de l'allaitement du fait de la prise de certains médicaments ou d'une séparation temporaire mère-enfant en l'absence de LM disponible, une douleur intolérable lors des tétées, non soulagée par les interventions.

En l'absence de l'une de ces indications, il n'y a pas de raison médicale de compléter l'enfant. Ainsi l'ABM suggère que les services hospitaliers mettent en place une

réglementation sur le don de compléments, avec la nécessité d'une ordonnance du pédiatre si le complément relève d'une indication médicale, ou le recueil de l'accord maternel en son absence (17).

L'OMS mentionne par ailleurs que les substituts de lait de femme ne peuvent plus être considérés comme des produits alimentaires de consommation courante mais doivent être traités comme des produits médicaux et ne devraient être utilisés que sur avis et surveillance de professionnels de santé (16).

Malgré les indications médicales précises, bien des professionnels de santé n'informent pas de la nécessité d'arrêter les compléments une fois que le problème médical aigu est résolu (14). Les critères d'arrêt devraient être envisagés dès le moment où la décision de compléter est prise, et discutés entre soignants et parents, car source d'anxiété pour les uns et les autres (17).

C. L'AMx : des risques dominés par celui du sevrage et du conflit sein-tétine

Il est difficile de trouver des articles traitant des bénéfices et des risques de l'AMx, la plupart des études traitant soit de l'AME, soit du sevrage. Une des explications serait qu'il n'existe pas UN AMx mais une grande variété d'AMx, ne serait-ce que par les proportions très variables de LM et LA données au nourrisson. Cela rend donc compliquée l'étude d'une population avec des critères d'inclusion précis.

Les professionnelles voyaient dans l'AMx un risque d'échec vis à vis de la poursuite de l'allaitement. Selon certaines données (8), l'AMx en deuxième semaine de vie est associé à un risque relatif de sevrage à 4 mois multiplié par 2 par rapport à l'AME et une réduction de moitié de la durée d'allaitement dans le premier mois. Nous retrouvons dans de nombreuses sources que l'introduction de compléments induit un sevrage plus précoce en restreignant le nombre de tétées (4),(8),(14),(17),(19),(20). Dans le cas où le complément est médicalement indiqué, son impact sur la durée d'allaitement serait moindre (4),(8).

L'étude précédemment citée menée aux Etats-Unis (14) révèle que l'AMx dès la première semaine de vie entraîne un surrisque d'obésité entre 2 et 6 ans par rapport à un AME pratiqué sur les quatre premiers mois de vie. L'introduction de complément entre 4 et 6 mois conduit à un excès de risque de gastro-entérite aiguë (4). En revanche, par rapport aux enfants qui ne sont pas du tout allaités, ceux en AP ont un risque moindre vis à vis de certaines infections entre 4 et 6 mois et entre 10 et 12 mois (6).

La notion de “confusion” ou “préférence” sein-tétine a été soulevée par les professionnelles et nous semble être un point intéressant à développer ici. Les mécanismes de succion au sein et au biberon sont bien différents (21). Lors de la tétée au sein, le bébé propulse la langue et la mandibule vers l’avant et plaque le mamelon contre le palais en faisant un mouvement antéro-postérieur ondulatoire ; tous les muscles linguaux et buccaux sont sollicités. Au biberon, l’écoulement par la tétine se fait sans que le bébé n’ait à exercer de pression, la langue et la mandibule sont alors plus postérieures, la succion moins tonique sollicitant moins de muscles. De cette observation, le concept de confusion sein-tétine a émergé (22), suggérant que le bébé peut être mis en difficulté dans la gestion de ces deux techniques de succion. D’autres auteurs parlent de “préférence” sein-tétine pouvant aller jusqu’au refus catégorique et persistant du sein (8). Plusieurs situations sont décrites (8),(19),(23) : soit le bébé préfère la tétée au biberon pour son débit plus régulier, requérant moins d’effort, soit il est en réelle difficulté pour téter au sein après avoir été exposé à une tétine qui a pu modifier sa technique de succion. Plusieurs textes recommandent donc d’éviter l’utilisation de tétine chez les bébés allaités (4),(17),(19) ou de préférer des tétines à base large et débit lent (17). Cependant les études qui ont analysé l’impact des tétines sur la durée d’allaitement ne permettent pas de conclure (4), à cause notamment d’un effet confondant avec l’utilisation des compléments. L’existence d’une préférence sein-tétine pourrait aussi être liée à des problèmes d’allaitement plus qu’une modification de succion (réflexe d’éjection fort, mamelons ombiliqués, immaturité de l’enfant, présence d’un frein de langue comme retrouvé dans nos entretiens). Ce concept fait donc encore débat. Nous pourrions retenir de cela l’intérêt de prévenir la mère de ce risque de refus du sein ou du biberon, pour que son choix reste éclairé.

D. Accompagnement de l’AMx : entre repères consensuels et complexité du cas par cas

Les entretiens ont mis en évidence des notions partagées par les professionnelles et corroborées par les données de la littérature. Ces conseils faisant plutôt consensus pourraient servir de repères pour les soignants accompagnant un AMx.

Les recommandations internationales (24), européennes (25) et nationales (4),(19),(26) s’accordent sur une promotion de l’AME pendant 6 mois, en mettant l’accent comme dans nos entretiens sur l’importance de l’accompagnement dès la maternité (17),(24).

En cas de difficultés d’allaitement, les recommandations sont d’une part d’analyser la situation (prise du sein, efficacité de la tétée) pour identifier la cause du problème (4),

(17),(19), et d'autre part d'informer les mères sur la possibilité de tirer leur lait (17),(19),(24). Le but est ainsi de prioriser l'utilisation du LM avant celle des compléments. Le DAL a été évoqué par toutes les personnes interrogées, pourtant il n'est mentionné que dans un texte officiel de notre recherche bibliographique (17). Nous expliquerions cela par sa logistique complexe qui pourrait rendre son utilisation difficile au quotidien et une méconnaissance des professionnels de maternité pour le proposer aux mères (27).

Les professionnelles déconseillaient l'AMx dès la naissance, comme retrouvé dans les sources étudiées. Le fait de maintenir l'AME pendant les 4 à 6 premières semaines de vie avant d'introduire des compléments se justifie par des données de physiologie de lactation (8),(18),(28),(29). Pendant le premier mois, le bébé s'habitue à la succion au sein et la production de lait s'ajuste aux besoins de l'enfant, selon le principe de l'offre et la demande : plus le sein est stimulé, plus il synthétise de lait. Des tétées restreintes en fréquence, durée, ou peu efficaces, interfèrent avec l'établissement pérenne de la lactation. Après 1 mois, le volume de lait produit atteint une phase de plateau et le maintien du niveau de lactation nécessite une fréquence moindre des tétées. Cependant comme le suggéraient certaines professionnelles, certains recommandent d'attendre 4 mois avant d'introduire un biberon de LA pour un allaitement maternel pérenne (30). L'introduction de compléments de LA en même temps que la diversification n'est pas mentionnée dans notre recherche bibliographique comme pouvant mettre en danger l'allaitement. Pourtant cela nous paraît logique à la lumière des données de physiologie : l'introduction de biberons parallèlement à la diversification restreindrait d'autant plus les mises au sein.

Si l'introduction des compléments vient d'un choix des parents, en dehors de toute indication médicale, il est essentiel de les informer des risques potentiels que cela induit, après quoi la mère devra être totalement soutenue dans sa décision (17). Si le souhait des parents est de poursuivre l'allaitement, le niveau de lactation doit être maintenu par une stimulation mammaire suffisante (8),(19),(26),(29),(30). Il est conseillé à la mère de donner le sein à volonté quand elle est avec son bébé (soirs, week-end, jours de repos), et de réserver les biberons de LA aux moments où elle s'absente. La période de reprise du travail est particulièrement sensible (19),(29), avec un risque de baisse de la production lactée, à laquelle la mère doit répondre par plus de tétées, au tire-lait si besoin. L'idée de fixer 3 stimulations par 24h pour maintenir la lactation nous a surprises car nous ne l'avons pas retrouvée dans notre recherche bibliographique. L'accent est plutôt mis sur un seuil de

fréquence de tétées très variable d'une mère à l'autre (8),(30), avec l'importance des tétées du matin, soir et nuit (29).

Il était conseillé à la mère de ne pas donner le premier biberon. La littérature (30) appuie ce conseil en expliquant que le bébé tète au sein pour se rassurer et que la relation mère-enfant peut être altérée par ce changement. La recommandation de donner le biberon en position horizontale aux bébés allaités au sein, en laissant l'enfant aller lui-même chercher la tétine, nous a semblé être un élément intéressant de nos entretiens, retrouvé dans certaines sources (30),(31). Cette façon de donner le biberon pourrait occasionner moins de refus et faciliter la poursuite d'un AMx.

Le choix du LA, considéré dans nos entretiens comme relevant du marketing, n'est pas sujet à des recommandations plus précises. Nous pensons également que les parents auraient tout intérêt à se simplifier l'achat de la première boîte de LA.

Au-delà de ces notions communes à nos entretiens et notre recherche bibliographique, les professionnelles trouvaient difficile d'apporter des conseils précis et certaines informations données aux parents ne faisaient pas consensus. Nous avons été confrontées aux mêmes écueils dans notre recherche bibliographique. Nous avons trouvé peu de recommandations sur l'AMx en lui-même et avons essayé de tirer parti des articles sur la promotion de l'allaitement, le sevrage, l'indication des compléments. Pour nous, cela s'expliquerait par la multitude de situations rencontrées avec l'AMx.

L'introduction des premiers biberons était particulièrement source de divergence dans nos entretiens, et notre recherche bibliographique ne nous a pas permis d'appuyer une orientation plus qu'une autre. Certains conseillent de remplacer une seule tétée par un biberon de LA, plutôt l'après-midi, et quelques jours plus tard selon le confort mammaire, d'en remplacer une autre (29). D'autres le déconseillent fortement à cause du risque d'engorgement et de refus du biberon (8),(30). Il est alors recommandé de laisser l'enfant appréhender l'objet biberon sur des moments calmes, entre les tétées, en le laissant boire la quantité de LA qu'il souhaite, sur une dizaine de jours. Selon nous chaque dyade mère-enfant devrait trouver la façon d'introduire les biberons lui convenant le mieux. Alors que la plupart des professionnelles donnaient des indications précises sur le volume de LA à donner, soit les sources n'abordent pas la question, soit elles évoquent seulement le fait que les bébés allaités ont l'habitude de téter des volumes plus faibles et plus fréquents que ceux nourris au LA (29),(30). Nous suggérerions aux parents choisissant l'AMx de respecter ce rythme-là.

La question de l'anticipation avant la reprise du travail semblait opposer deux attitudes au sein des professionnelles interrogées. Certaines la voyaient comme délétère, d'autres au contraire recommandaient d'introduire les biberons une à trois semaines avant. Dans la littérature nous n'avons pas trouvé de sources fiables abordant cette question.

Nous le voyons, bien qu'il y ait des repères faisant consensus, essentiels pour guider les professionnels dans leur accompagnement de l'AMx, il semblerait difficile d'établir un schéma simple généralisant les conseils. Face à chaque femme, chaque parcours, chaque difficulté, le soignant devrait faire preuve d'adaptabilité.

E. Forces et limites de ce travail

Ce travail de thèse tire sa force de l'implication des chercheuses. Nous nous sommes formées à la recherche qualitative par lecture et participation aux ateliers proposés par le DUMG. Nous avons fait preuve de réflexivité, dès le début de notre travail et tout au long des entretiens et analyses, nous posons sans cesse la question de ce qui était de notre interprétation et ce qui relevait des affirmations des personnes interrogées. Nous avons beaucoup échangé l'une et l'autre, de façon constructive et bienveillante, et ce travail est le fruit de réflexions que nous avons partagées avec plaisir. Nous avons également profité de l'expertise de notre directrice de thèse qui a permis de trianguler notre recherche. Nous notons comme première limite un biais dans la population interrogée, exclusivement féminine. Cependant nous constatons que la plupart des CL sont des femmes (1), ce qui suggérerait une représentativité correcte de notre échantillon avec la population étudiée. Par ailleurs, les CL interrogées reconnaissent un probable biais de patientèle comme précédemment évoqué.

De plus au cours de notre analyse, il nous semble avoir été confrontées à un trop grand nombre de résultats ; nous avons tenu à ne pas modifier notre guide d'entretien car chaque question nous semblait essentielle, mais l'organisation du tableau excel et des différentes catégories nous a parfois mises en difficulté.

Enfin, garder une neutralité pendant les entretiens, ne pas tenir compte des informations obtenues précédemment, n'a pas toujours été facile, mais nous avons essayé d'en tenir compte au fur et à mesure des interviews.

CONCLUSION

Ce travail de recherche mettait en évidence, avant tout, que l'allaitement mixte (AMx) ne correspondait pas à une seule réalité mais en englobait de nombreuses. Chaque couple de parents, chaque dyade mère-enfant étaient uniques. Ils arrivaient avec des raisons de faire un AMx qui leurs étaient propres, souvent en dehors des indications médicales, un vécu différent mais souvent difficile de l'allaitement, des connaissances très variables à propos de l'AMx. L'équilibre fragile entre sein et biberon était impacté par l'âge du nourrisson (plus ou moins 6 semaines de vie) et sa capacité de succion, ce qui expliquait la complexité de la prise en charge.

Les professionnelles étaient conscientes de cette diversité et devaient s'adapter à l'unicité de chaque situation présentée, à chaque chemin. Écouter de façon bienveillante et sans jugement, questionner pour comprendre, soulever les problématiques d'allaitement à résoudre étaient leur attitude première. Elles considéraient comme essentielle l'information des mères. Évoquer l'AMx pouvait ouvrir des perspectives à certaines mères pour leur permettre de poursuivre leur allaitement, notamment lors de la reprise du travail. Pour les professionnelles il semblait aussi particulièrement important d'informer les parents des nombreux risques et des conséquences souvent négatives de l'AMx, dont l'impact sur la durée d'allaitement avec un sevrage parfois plus précoce que ce qu'aurait souhaité la mère.

Informées, soutenues, accompagnées, les mères pouvaient alors poser un choix éclairé. Après avoir envisagé les alternatives possibles, si la décision du couple se portait sur l'AMx, les professionnelles, en s'adaptant à leurs attentes, proposaient des conseils qui permettaient de maintenir une lactation suffisante tout en ayant introduit du lait artificiel. Elles aidaient ainsi la mère à pérenniser la situation d'AMx, si tel était son souhait. Ces conseils s'appuieraient sur des repères consensuels retrouvés dans la littérature, essentiels pour guider les pratiques : ne pas introduire de lait artificiel avant 6 semaines de vie, faire une introduction progressive, par une autre personne que la maman. Mais la nécessité de s'adapter à chaque situation rendrait difficile l'établissement d'un guide simple les généralisant.

L'impact de la culture sur la pratique de l'AMx observé par plusieurs professionnelles a été l'élément surprenant et marquant de ce travail de recherche. La littérature rapporte effectivement que les femmes étrangères, quelle que soit leur origine, ont

une propension à allaiter importante avec une influence plus marquée sur la pratique de l'allaitement partiel que sur celle de l'allaitement maternel exclusif, notamment chez les femmes originaires d'Afrique.

L'autre élément particulièrement intéressant expliqué dans la littérature et retrouvé en filigrane dans ce travail de thèse, était la nuance entre AMx "à la française" et allaitement partiel. Le premier semblait plutôt choisi par la mère pour donner un rythme à son enfant, avec des horaires à respecter pour les tétées et biberons. Tandis que le second donnait au bébé un accès libre au sein parallèlement à l'apport de compléments, et présentait donc un risque moindre pour l'allaitement maternel.

Pour étayer ces hypothèses, les confronter à la réalité que vivent les mères, il pourrait être intéressant de s'intéresser aux profils et motivations des mères qui choisissent l'AMx.

Vu, permis d'imprimer,
Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Rangueil
E. SERRANO

US/05/10/16



Lu et approuvé. Toulouse le 25 Mai 2020.
Professeur Marie-Eve Rougé Bugat

A handwritten signature in black ink, appearing to read "M. E. Rougé Bugat".

BIBLIOGRAPHIE

1. AFCL [Internet]. [cité 26 avr 2020]. <https://www.consultants-lactation.org/>
2. L'Allaitement Tout Un Art France - L'alimentation au doigt [Internet]. [cité 26 avr 2020]. <https://www.allaitement-toutunart.org/accompagnement/les-feuillets-du-dr-newman/l-alimentation-au-doigt/>
3. OMS | 10 faits sur l'allaitement maternel [Internet]. WHO. 2017. <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/fr/>
4. ANAES. Allaitement maternel : mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. 2002.
5. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 30 janv 2016;387(10017):475- 90.
6. Bilenko N, Ghosh R, Levy A, Deckelbaum RJ, Fraser D. Partial breastfeeding protects Bedouin infants from infection and morbidity: prospective cohort study. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2008;17(2):243- 9.
7. INVS. Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie - Résultats de l'étude Epifane 2012-2013. 2013.
8. Dr Claire Laurent. L'allaitement mixte, est-ce possible ? Caen; 2004.
9. OMS. Ten steps to successful breastfeeding [Internet]. 2018. <https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals/ten-steps-to-successful-breastfeeding>
10. INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 - Les naissances et les établissements - Situation et évolution depuis 2010. 2017 oct.
11. J KIVITS, F BALARD, C FOURNIER, M WINANCE. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin. 2016.

12. Claire Kersuzan, Séverine Gojard, Christine Tichit, Xavier Thierry, Sandra Wagner,, Sophie Nicklaus, Bertrand Geay, Marie-Aline Charles, Sandrine Lioret, Blandine de Lauzon-Guillain. 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. BEH. 7 oct 2014;(27):440- 9.
13. Bonet M, L'Hélias LF, Blondel B. Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité : la situation en France en 2003. Archives de pédiatrie. 15 sept 2008;15(9):1407- 15.
14. Holmes AV, Auinger P, Howard CR. Combination feeding of breast milk and formula: evidence for shorter breast-feeding duration from the National Health and Nutrition Examination Survey. J Pediatr. août 2011;159(2):186- 91.
15. Dr Claire Laurent. L'allaitement mixte : point de vue d'une pédiatre [Internet]. 2004 [cité 26 avr 2020]. <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1202-da-61-lallaitement-mixte-est-il-possible?start=10>
16. Ghisolfi J, Turck D, Vidailhet M, Girardet J-P, Bocquet A, Bresson J-L, et al. Promotion de l'allaitement maternel et informations destinées aux parents sur les préparations pour nourrissons : 2 politiques de communication incompatibles ? Archives de pédiatrie. 29 juin 2009;16(7):971- 5.
17. Academy of Breastfeeding Medicine, Kellams A et al. Supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate - Recommandations pour le don de compléments en maternité chez le nouveau-né à terme et en bonne santé allaité. 2017 revised. Report No.: ABM Clinical Protocol # 3.
18. Gremmo-Féger G. Allaitement maternel : l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit. Spirale. 2003;no 27(3):45- 59.
19. HAS. Favoriser l'allaitement maternel : processus - évaluation. 2006.
20. Gisèle GREMMO-FEGGER. Comment utiliser de manière raisonnée les compléments en maternité ? Première Journée Nationale sur l'IHAB; 2007 nov ; Paris.

21. Mécanisme de la tétée | Périnatalité en France : Grossesse, Bébé, Naissance [Internet]. [cité 19 avr 2020]. <https://www.perinat-france.org/article/mecanisme-de-la-tetee>
22. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: toward a formal definition. *J Pediatr.* juin 1995;126(6):S125-129.
23. DA 119 : Le point sur la confusion sein-tétine. févr 2017;(119).
24. OMS, UNICEF. Déclaration conjointe d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien à l'allaitement maternel. Florence; 1989.
25. Agostoni C, et al. Breast-feeding : A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.* 2009;(49):112- 25.
26. PNNS. Le Guide de l'allaitement maternel. 2009 oct.
27. Vanessa Lasne. Utiliser un Dispositif d'Aide à la Lactation (DAL) [Internet]. 2019. <https://www.lllfrance.org/961-utiliser-un-dispositif-d-aide-a-la-lactation-dal>
28. L'allaitement maternel au fil des mois [Internet]. Information Pour l'Allaitement. 2016 [cité 15 avr 2020]. <https://info-allaitement.org/ressources-en-ligne/200-allaitement-maternel-au-fil-des-mois/>
29. Dr Alain Bocquet, Dr Nathalie Gelbert. L'allaitement mixte en pratique [Internet]. *mpedia.fr.* 2018. <https://www.mpedia.fr/art-allaitement-mixte/>
30. Marie Courdent. Sevrage du sein d'un enfant de moins de 6 mois, mode d'emploi [Internet]. 2014. <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/autres-textes-lll/1709-sevrage-du-sein-dun-enfant-de-moins-de-6-mois-mode-demploi>
31. Léa Cohen. Le biberon donné quasi à l'horizontale [Internet]. [cité 18 avr 2020]. <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/autres-textes-lll/1785-le-biberon-a-l-horizontale>

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre d'information pour le recrutement des personnes à interroger

Madame, Monsieur,

Nous sommes deux internes en médecine générale.

Nous nous intéressons par le biais de notre thèse à l'expérience des professionnels de santé qui accompagnent les mères faisant le choix d'un allaitement maternel. Ce travail est dirigé par le docteur Anne Freyens.

Nous vous sollicitons afin de recueillir votre témoignage.

Nous vous proposons de se rencontrer pour un entretien d'environ 30 à 60 minutes, enregistré, restant anonyme, centré sur votre expérience dans ce domaine. Si vous acceptez, nous conviendrons ensemble du moment le plus opportun pour se rencontrer selon vos disponibilités.

Nous nous efforcerons de produire un travail de qualité qui puisse nous aider, ainsi que nos pairs, à accompagner les mères allaitantes que nous rencontrerons au cours de notre exercice. Nous savons que ce résultat dépendra de notre investissement mais aussi et surtout de la qualité de nos entretiens. C'est pourquoi nous vous remercions d'ores et déjà du temps précieux que vous pourrez nous consacrer pour mener à bien notre projet.

Dans l'attente de votre réponse, recevez nos respectueuses salutations.

Sarah ENGRAND-MOUGINOT

sarahengrand@gmail.com

Pauline MASSOL

paulinemassol@hotmail.com

Annexe 2 : Première version du guide d'entretien

- 1- Commençons par une question assez large : qu'évoque pour vous l'AMx ?
- 2- Quelles raisons conduisent une femme ou un couple à s'orienter vers un AMx ?
- 3- Quels conseils donnez-vous aux mères ou parents désirant se tourner vers un AMx ?
- 4- Peut-on considérer la problématique de l'AMx de la même manière quel que soit l'âge de l'enfant (à la naissance, avant 6 mois, après 6 mois) ?
- 5- Pour quels motifs les femmes ou les couples conduisant un AMx vous consultent-elles/ils ?
- 6- Selon vous quel est le rôle du médecin généraliste auprès d'une mère ou d'un couple qui conduit un AMx ?
- 7- Quel impact l'AMx a-t-il sur le nourrisson, la mère et l'allaitement en lui-même par rapport à un AME ?
- 8- Selon vous, l'AMx doit-il être encouragé ?
- 9- En 3 mots comment résumeriez-vous l'AMx ?
- 10- Souhaitez-vous aborder d'autres points sur l'AMx ?

Annexe 2 bis : Seconde version du guide d'entretien

1- Commençons par une question assez large : qu'évoque pour vous l'AMx ?

Reformulation : en tant que professionnel, quelle est votre expérience dans l'AMx ?

2-Quelles raisons conduisent une femme ou un couple à s'orienter vers un AMx ?

Relance : certaines situations (médicales) le nécessitent-elles ? Quels motifs internes et externes au couple sont incriminés dans cette décision ?

3- Quels conseils donnez-vous aux mères ou parents désirant se tourner vers un AMx ?

Relances : Comment en pratique initier le passage d'un AME à un AMx ? Existe-t-il une bonne manière ou plusieurs ? Réalisez-vous un examen particulier pour permettre ensuite que les choses se passent du mieux possible ? Comment accompagner la poursuite d'un AMx ?

4- Peut-on considérer la problématique de l'AMx de la même manière quel que soit l'âge de l'enfant (à la naissance, avant 6 mois, après 6 mois) ?

5-Pour quels motifs les femmes ou les couples conduisant un AMx vous consultent-elles/ils ?

Pour guider : manque d'informations, difficultés ... ?

6-Selon vous, y'a-t-il un type de population s'orientant plus vers l'AMx. Si oui, pourquoi ?

7- Quel impact l'AMx a-t-il sur le nourrisson, la mère et l'allaitement en lui-même par rapport à un AME ?

8- Selon vous, l'AMx doit-il être encouragé ?

9- En 3 mots comment résumeriez-vous l'AMx ?

10- Souhaitez-vous aborder d'autres points sur l'AMx ?

Annexe 3 : Talon sociologique

Ont été recrutées 4 sages-femmes, 3 infirmières dont 1 puéricultrice, 2 médecins (1 généraliste et 1 pédiatre). Il y a eu 5 CL, certaines étant aussi professionnelles de santé et d'autres ayant des activités annexes. Des professionnels avaient donc plusieurs étiquettes (ex : sage-femme et CL)

	Sexe	Âge	Profession	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	Formation sur l'allaitement	Consultations allaitement
I1	F	26	Sage-femme	Hospitalier (CHU)	Urbain	SF + MOC	Quotidiennes
I2	F	40	Sage-femme	Libéral	Urbain	SF + Réseau MaterMip	3-4/jour
I3	F	53	Infirmière et CL-IBCLC	Clinique et libérale	Urbain et semi-rural	IBCLC	8 à 25/mois selon activité
I4	F	61	Infirmière et CL-IBCLC	PMI puis libéral	Urbain	IBCLC	15 à 20/mois
I5	F	66	CL-IBCLC	Salariée et bénévole	Urbain	IBCLC	Ponctuelles + 3 groupes de paroles/mois
I6	F	38	Sage-femme	Hôpital	Urbain	DIULHAM	6*1h/semaine (+8h préparation accouchement et 2h groupe parole parentalité)
I7	F	46	MG	Libéral	Rural	DIULHAM	1 à 2 consultations de nourrisson par semaine
I8	F	43	Puéricultrice et CL-IBCLC	PMI	Urbain	IBCLC	1 à 2/semaine spécifiques allaitement
I9	F	44	Pédiatre	Hôpital	Urbain	DIULHAM	Quotidiennes
I10	F	62	Sage-femme, formatrice en allaitement	Libéral	Urbain/semi-rural	SF + IBCLC	Quotidiennes
I11	F	52	CL-IBCLC	Libéral	Semi-rural	IBCLC	6-7 /mois, consultations > 2h + groupe de parole mensuel

Annexe 4 : Exemple d'un contexte d'énonciation

24/10/2018 - Entretien avec I4.

Liste des contacts qu'elle me propose dès le début de l'entretien pour la suite de notre travail.

Entretien réalisé chez elle, à ville X, entre 10h30 et 13h00. Nous sommes dans sa salle de consultation, à son domicile. Je suis assise sur un canapé, elle est dans un fauteuil à ma droite. Elle est accueillante, souriante.

Au début de la rencontre je lui explique notre projet de thèse. Elle me pose peu de questions, je lui fais signer la feuille de consentement.

Présentation de son parcours, prend du temps car on parle aussi d'autres choses. Elle m'explique que consultantes en lactation sont certifiées IBCLC avec une re-certification tous les 5 ans, différent des conseillères en lactation.

Elle est française, a 61 ans, a beaucoup voyagé. Elle est IDE de formation et CL par passion depuis 2002.

Evocation de l'AMx :

-reprise du travail,

-hypoplasie mammaire (rien à voir avec taille des seins mais constitutionnelle, se repère par examen clinique, femme debout avec écartement des seins supérieur à 1 cm)

Mise en place de l'AMx :

-1 mois- 1 mois ½ : période fondamentale de mise en place de l'allaitement maternel, et même les 2 premières heures après l'accouchement. Pendant cette période, biberon déconseillé, donc si envie ou besoin d'un AMx : DAL au doigt ou au sein.

-6 mois : si AME jusqu'à 6 mois, après cela l'allaitement maternel se fera sans difficulté

-(elle me donne les feuilles pour guider le sevrage) idéalement commencer par remplacer par un biberon les tétées peu importantes (midi, fin d'après-midi), but est d'éviter engorgement puis mastite voire abcès mammaire.

-biberon concurrentiel pour la tétée, donc important de bien positionner bébé (elle me montre avec une poupée et un biberon comment s'y prendre).

Raisons de consulter quand AMx : candidose, préparation biberon de lait maternisé.

Répercussions somatiques : lait maternisé agressif pour l'intestin du bébé car immature jusqu'à environ 6 mois.

Annexe 5 : Extrait du tableau excel

	SOUS CATEGORIE 2	SOUS CATEGORIE 1			CODES	Verbatim I11	Verbatim I9
Raisons AM		PDS: mauvais accompagnement des mères (reproches qui leurs sont faits)	manque de compétences		AM peut découler d'un manque de formation et de compétence des PDS	Mais quand on parle des déficits de formation et quand on parle du mixte par défaut là c'était très clairement le cas ! (556)	
				méconnaissance	introduction d'un seul biberon/sucette /bout de sein banalisée par PDS maternité, "c'est rien"		
					introduction des compléments par PDS à 3 mois lors poussées de croissance sous prétexte car pas assez de LM, pas justifiée	A 3 mois, les poussées de croissance : « y'a plus de lait ! », ben non, et du coup on pousse la maman à compléter : « ben oui votre lait il est plus bon » (40)	
					introduction des compléments par PDS lors de la diversification sous prétexte que LM n'est plus assez riche, pas justifiée	voilà, au moment de la diversification : « ah beh oui votre lait il est pas assez riche, donc vous diversifiez autre chose donc faut donner autre chose, votre lait un petit peu si vous voulez, pour les câlins mais voilà ... » (41)	
				réponse inadéquate	certains PDS introduisent complément en réponse aux peurs des parents, alors que pas anodin		Donc c'est pas rien quand même de donner comme ça un complément. C'est ce qu' on explique aussi aux PDS qui sont tentés de répondre à des peurs avec des compléments tout ça (65)
					lorsqu'il y a un problème de prise de poids du bébé, les PDS peuvent conseiller d'introduire un biberon par facilité, mais cela conduit à l'arrêt de l'allaitement		Mais c'est sûrement pas une bonne solution pour soutenir l'allaitement, c'est même la 1e raison d'arrêt je crois ! (rires) C'est très facile de dire "beh oui, il grossit pas, donnez-lui un biberon". En général quelques semaines plus tard le bébé il prend que les biberons (231)

Annexe 6 : Lettre de consentement

Lettre d'information aux professionnels de santé

Madame, Monsieur,

Nous sommes deux internes en médecine générale ; notre sujet de thèse porte sur l'allaitement maternel mixte, travail dirigé par le docteur Anne Freyens. Nous nous intéressons plus particulièrement à l'expérience des professionnels de santé qui accompagnent les mères faisant le choix d'un allaitement mixte.

Nous vous sollicitons afin de recueillir votre témoignage.

Nous vous proposons de se rencontrer pour un entretien d'environ 30 à 60 minutes, enregistré, restant anonyme, centré sur votre expérience dans ce domaine. Si vous acceptez, nous conviendrons ensemble du moment le plus opportun pour se rencontrer selon vos disponibilités.

Nous nous efforcerons de produire un travail de qualité qui puisse nous aider, ainsi que nos pairs, à accompagner les mères allaitantes que nous rencontrerons au cours de notre exercice. Nous savons que ce résultat dépendra de notre investissement mais aussi et surtout de la qualité de nos entretiens. C'est pourquoi nous vous remercions d'ores et déjà du temps précieux que vous pourrez nous consacrer pour mener à bien notre projet.

Signature de l'enquêtrice :

Signature du professionnel de santé :

ACCOMPANYING MIXED BREASTFEEDINGS:
DELICATE AND COMPLEX CHOICES

Could mixed breastfeeding be an alternative to the duality between exclusive breastfeeding and artificial lactation? The skilled lactation professionals we interviewed pointed out the many reasons leading to it. They considered most of them inappropriate as they were not a choice, or not medically recommended. And yet mixed breastfeeding sometimes was a way to encourage breastfeeding. The professionals said it was a complex choice that required to combine the stimulation of lactation with feeding babies on artificial milk, to combine breast suction and bottle suction. Not respecting this equilibrium would lead to a premature cessation of breastfeeding, despite the mother's wish. Accompanying mixed breastfeeding relied on consensus-based data regarding breastfeeding. However important interindividual variabilities between mothers and children required the professionals' understanding and flexibility to adapt to each situation and support the parents' decisions.

Keywords: qualitative survey, breastfeeding, mixed breastfeeding, artificial milk, supplement, lactation consultant, lack of milk, cessation of breastfeeding, support.

AUTEURS : Sarah ENGRAND MOUGINOT - Pauline MASSOL ETCHETO

TITRE : ACCOMPAGNEMENT DES ALLAITEMENTS MIXTES : CHEMINS DÉLICATS ET COMPLEXES

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Anne FREYENS

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : 22 juin 2020 – Faculté de Médecine Rangueil à Toulouse

L'allaitement mixte pourrait-il être une alternative à la dualité entre allaitement maternel exclusif et allaitement artificiel ? Les professionnelles compétentes en allaitement que nous avons interrogées relevaient de nombreuses raisons y conduisant. Elles considéraient la plupart inappropriées car non choisies ou en dehors des indications médicales recommandées. Parfois pourtant l'allaitement mixte ouvrait aux mères une voie pour poursuivre leur allaitement. Les professionnelles l'abordaient comme un chemin complexe. Il nécessitait de préserver l'équilibre fragile entre stimulation de la lactation et administration de lait artificiel, succion au sein et succion au biberon. Ne pas respecter cet équilibre occasionnait souvent un sevrage précoce par rapport au souhait de la mère. L'accompagnement de l'allaitement mixte s'appuyait sur des données consensuelles concernant la conduite de l'allaitement maternel. Mais les grandes variabilités interindividuelles entre les mères et entre les enfants nécessitaient écoute et souplesse de la part des professionnelles pour s'adapter à chaque situation et soutenir les parents dans leur choix.

Mots clés : étude qualitative, allaitement maternel, allaitement mixte, lait artificiel, complément, consultante en lactation, insuffisance de lait, sevrage, accompagnement.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

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