

ANNEE 2018

N°

**QUELLE PLACE OCCUPE L'ALLAITEMENT MATERNEL DANS
LA VIE DES INTERNES BOURGUIGNONNES ALLAITANT PENDANT
L'INTERNAT ?**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 13/12/2018

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Nitya Dévi MINATCHY

Né(e) le 15 Mars 1986

au Port

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiats, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2018

N°

**QUELLE PLACE OCCUPE L'ALLAITEMENT MATERNEL DANS
LA VIE DES INTERNES BOURGUIGNONNES ALLAITANT PENDANT
L'INTERNAT ?**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 13/12/2018

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Nitya Dévi MINATCHY

Né(e) le 15 Mars 1986

à Le Port

Année Universitaire 2018-2019
au 1^{er} Novembre 2018

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

		Discipline	
	M. Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaïd	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme	Mary	CALLANAN	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
(Retraite au 31 Décembre 2018)			
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
(Mise en disponibilité du 12 juin 2017 au 11 juin 2019)			
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-François	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoît	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoît	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Bernard	BONIN (Surnombre jusqu'au 31/08/2019)	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	CAMUS (Surnombre jusqu'au 31/08/2019)	Pneumologie
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL (Surnombre jusqu'au 31/08/2020)	Médecine physique et réadaptation
M.	Maurice	GIROUD (Surnombre jusqu'au 21/08/2019)	Neurologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			Discipline Universitaire
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Cardiologie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2018 au 21/08/2021)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2018 au 21/08/2021)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	MARTIN	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2017 au 31/08/2020)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Lucie	BERNARD	Anglais
M.	Didier	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :

- Monsieur le Professeur Emmanuel SAPIN

Membres :

- Monsieur le Professeur Serge DOUVIER
- Monsieur le Professeur associé François MORLON
- Madame le Docteur Sophie BERT

Directeur de thèse :

- Monsieur le Docteur Pierre-Henri ROUX-LÉVY

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

REMERCIEMENTS

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Emmanuel SAPIN,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Frédéric HUET,

Je regrette que vous ne soyez finalement pas présent pour cette soutenance. Je vous remercie sincèrement d'avoir lu et jugé mon travail.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Serge DOUVIER,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur François MORLON

Vous avez été mon tuteur depuis la troisième année d'internat. Je n'aurais pas imaginé pouvoir soutenir ma thèse sans vous. Dès le début de mon internat, vous avez su me bousculer, me faire réfléchir, me remettre en question mais aussi m'accompagner et me rassurer tout au long de mon parcours. Vous avez été un énorme soutien professionnellement mais aussi humainement, un fil conducteur dans mon cursus et aussi dans ma vie personnelle. Merci de m'avoir présentée à Pierre-Henri pour démarrer ce travail. Je vous remercie chaleureusement pour tout ce que vous m'avez apporté dans ma vie d'étudiante, de maman et de femme médecin.

Madame le Docteur Sophie BERT,

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury et de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Pierre-Henri ROUX-LEVY

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse quand on s'est rencontré il y a un an. Tu as été un excellent directeur de thèse, par ta disponibilité, ta rigueur mais aussi ton humanité. Tu as fait preuve de beaucoup de professionnalisme et as su comment m'accompagner de façon juste tout au long de ce travail. Je n'aurais pas pensé que tu me cernerais aussi bien en si peu de temps, ton intérêt et tes compétences pour les sciences humaines ont certainement aidé. Merci de m'avoir énormément rassurée, écoutée, mais aussi recadrée. Tu m'as permis de m'initier à la recherche qualitative, dans de bonnes conditions et d'acquérir de nouvelles compétences pour ma pratique.

A tous les internes ayant participé à l'étude pour leur motivation, leur disponibilité, leur gentillesse et leur confiance. J'ai été très touchée par le temps que vous m'avez accordé malgré vos emplois du temps souvent chargés. Sans votre aide, cette thèse n'aurait pas été possible. Merci du fond du cœur de m'avoir reçue chez vous, dans votre intimité, d'être venues chez moi ou de m'avoir retrouvée à la faculté sur vos temps de repos. J'ai passé un moment agréable et émouvant avec vous. J'ai aimé écouter vos histoires de vie, si variées et si semblables à la fois, avec l'allaitement comme fil conducteur. Je me suis retrouvée dans chacune de vos confidences. Au-delà de ce travail, quelles belles rencontres humaines ! J'espère que vous serez contentes de lire cette thèse et de voir que ces moments partagés ensemble ont servi.

A mes maitres de stage qui m'ont permis de prendre confiance en moi et de progresser pendant ma formation. Merci de m'avoir transmis votre savoir et votre passion pour la médecine. L'internat m'a permis d'acquérir de l'assurance et de devenir le médecin que je souhaitais.

Aux gambettes pour m'avoir donné goût à la formation continue et aux échanges de pratiques dans la joie et la bonne humeur. Et à tous les co-externes, co-internes que j'ai pu croiser dans ma vie, et qui m'ont permis d'avancer dans ces études.

A Gaëlle, première médecin remplacée que j'ai vue allaiter à la reprise. Merci de m'avoir prêté de la documentation sur la recherche qualitative et avoir commencé il y a plusieurs mois à nourrir ma réflexion sur le thème de l'allaitement.

A mon médecin traitant, Docteur Bolotte Virginie, pour m'avoir aidée à me soigner depuis mon internat avec beaucoup d'humanité et de confraternité. Vous m'avez touchée et serez un bel exemple pour ma pratique.

A mon médecin traitant de La Réunion, Lina, parce que j'ai eu de la chance de t'avoir comme médecin petite. Je me souviens que tu me permettais de guérir à l'idée même de te voir. Je réalise que tu étais toujours là pour les petits et gros bobos, même en dehors de tes heures de travail. J'aurais aimé que l'on puisse travailler ensemble à La Réunion dans d'autres circonstances.

Aux médecins que je remplace sur Dijon, Chenove, Longvic pour leur confiance.

A madame Ustun pour votre aide dans mes études et pour cette thèse. Merci pour le travail que vous faites pour les étudiants de médecine.

A Mélina, ma fille, toi qui as embelli ma vie d'étudiante. Tu es le plus beau cadeau de ma vie. Merci de m'avoir fait découvrir les joies de la maternité, tout en t'allaitant... Merci de m'avoir inspiré pour mon sujet de thèse : après tout ce que nous avons partagé à travers notre belle histoire d'allaitement, c'était une évidence pour moi de choisir ce thème... Tu m'as permis d'être la maman épanouie que je souhaitais être et m'apprends à concilier ma vie de médecin et de famille. Tu es arrivée au bon moment dans ma vie et je ne me souviens plus à quoi elle ressemblait sans toi. Tu es tout pour moi, je te souhaite une vie merveilleuse et remplie d'amour. Je prendrai toujours soin de toi ma princesse.

A Mickaël, l'homme de ma vie, merci pour ton soutien depuis la 6^{ème} année, qui a été une année charnière dans ma vie. Je suis consciente que tu as toujours fait de ton mieux pour prendre soin de moi pendant les moments les plus difficiles de ces longues études et que ça n'est pas toujours simple d'être l'amoureux d'une étudiante de médecine. Merci de m'avoir fait confiance en me suivant pour l'internat, de m'avoir permis de me construire en parallèle de mes études. Tu m'as permis d'écrire cette thèse plus sereinement, par ton aide considérable dans sa rédaction mais aussi dans la gestion du quotidien pendant que je bossais. Merci pour nos moments de bonheur partagés et pour Mélina, qui représente tout notre amour. Tu es un papa et un conjoint formidables. De beaux projets nous attendent...

A Mamine, ma maman, pour tout ton amour et ton soutien depuis toujours. Rien ni personne ne pourra remplacer une maman. Merci pour tout le temps que tu n'as jamais compté pour moi, avant ces études puis depuis la première année, malgré la distance... Je me rappelle chacune des fois où tu es venue me tenir la main avant mes examens, veiller sur moi, me faire de bons petits plats, me masser... Aujourd'hui encore, par ta présence à mes côtés, tu m'aides à passer un cap. Merci pour ton aide précieuse dans ce travail : pour l'analyse de cette thèse et la relecture. Tu m'as toujours encouragée à donner le meilleur de moi-même et tu as été une épaule solide et réconfortante dans mes moments de doute. Tu es mon modèle dans beaucoup de domaines et je souhaiterais avoir un dixième de ton dynamisme. Je n'oublierai jamais tout ce que nous avons traversé ensemble, la vie n'est pas lisse mais elle nous permet de consolider notre lien. Merci pour ce que tu m'as transmis et que tu transmets à Mélina.

A Amrit, Tinem, ma sœur. Merci d'avoir toujours été présente à mes côtés pendant mes longues études et aussi dans ma vie personnelle. Tu as toujours été à l'écoute et m'as toujours bien conseillée. Tu me connais si bien ! Merci pour ton soutien depuis des années et ton aide pour la relecture de ce travail. Je réalise que c'est grâce à toi que je suis devenue ce que je suis. Mon enfance aurait été si triste sans toi. Tous nos moments de complicité sont de supers souvenirs et aujourd'hui encore j'aime tout ce qu'on partage. Je n'ai pas toujours su comment m'y prendre en tant que grande sœur, mais tu m'as appris à grandir et à le devenir. Je t'admire pour tout ce que tu es, en plus d'être une super maîtresse et une sitty en or.

A mes deux mémés. Merci à **mémé Rada** pour tout ton amour et ton soutien depuis toujours, en particulier cette première année où tu as si bien pris soin de moi et pour ton aide indispensable à la naissance de Mélina. Merci à **Mémé Vic**, pour m'avoir gardée bébé pendant deux années et m'avoir transmis toute son affection. Vous avez toujours cru en moi. J'ai hâte de repartager des moments avec vous.

A mes deux tatas, merci de veiller sur moi, sur nous, et de m'aider au quotidien. **Tata Rada** parce que je sais que tu aurais été fier de ma réussite, toi qui aurais tant aimé fêter ça avec moi. **Tata Minatchy** parce que tu m'as transmis cet intérêt pour la santé et que je regrette de ne plus pouvoir discuter avec toi de tout et de rien. Vous me manquez, je ne vous décevrai pas.

A mes taties et tontons, tatie Dévy et tonton Christian, merci pour tout votre soutien et ce qu'on a partagé ensemble depuis La Réunion, vous allez me manquer. On se verra à La Réunion. **Tatie Acha, tonton Manu**, merci pour votre aide immense à chaque fois que je suis venue sur Paris et d'avoir toujours cru en moi. Je regrette qu'on ne se soit pas vus plus souvent. **Tatie Malou**, parce que sans ta présence, ma vie serait vraiment différente. J'aime tout ce qu'on a vécu ensemble et ce qu'on partage aujourd'hui. **Tonton Ravi**, merci pour ces discussions occasionnelles au téléphone et ces moments passés en famille. **Tonton Déva, Tatie Linda**, merci pour les bons souvenirs de vacances.

A mes cousins et cousines Vij et Sharmi, merci pour tout ce qu'on a partagé depuis le premier jour, vous m'avez apporté tellement de bonheur. Je vous ai vus grandir et les liens qu'on a tissés sont si forts. **Kév, Matt**, merci pour tous ces beaux souvenirs de vacances ensemble, je suis très heureuse de vous avoir aujourd'hui à mes côtés et c'est toujours un plaisir de se retrouver en musique. **Laura, Emma**, merci pour vos petites discussions improvisées sur skype, vous avez grandi si vite, j'ai hâte que l'on partage plus de moments ensemble à La Réunion.

A tout le reste de ma grande famille : toutes mes mémés, tatas, tontons, taties, cousins, cousines de la Réunion et de Paris pour votre soutien depuis toujours. J'ai hâte de vous retrouver après toutes ces années. Je n'oublie pas tous ceux qui nous ont quittés trop tôt.

A Tony, mon beau-frère pour ton soutien et tout ce qu'on a partagé ensemble en famille. Merci pour ce que tu apportes à Mélina, tu es un super tonton. Et à toute sa chaleureuse famille pour avoir toujours pris des nouvelles.

A ma belle-famille à Paris et à la Réunion pour m'avoir toujours encouragée et m'avoir comprise les fois où je n'étais pas très disponible. **Tonton Bruno**, je garde en mémoire ton courage exemplaire et ta générosité, j'aurais aimé que tu sois là pour ce moment important. Je n'ai toujours pas réalisé que tu es parti, tu me manques tellement.

A Log et Sur, mes deux autres frères, pour tous ces bons souvenirs que je garde de La Réunion, Bordeaux, Toulouse, Paris et l'Inde. Merci d'avoir été là dans les moments les plus importants de ma vie, on a toujours formé une belle équipe avec Amrit. Je sais que ce n'est pas par hasard que j'ai rencontré ton ami Sur. Nos trajets de vies ont été mouvementées. Je regrette qu'on ne se soit pas revus depuis longtemps mais je suis certaine qu'on saura rattraper le temps perdu.

A Priscou et Jen pour ces chouettes moments passés entre filles et en famille depuis ces vacances à La Réunion et pour ce qu'on partage aujourd'hui avec les petites. On gardera contact malgré la distance.

A mes amis de la Réunion, notre amitié est sincère et mes souvenirs prennent aujourd'hui toute leur importance. J'ai hâte de repartager des moments avec vous, de rigoler à nouveau de notre vécu commun.

Joolaïe, merci pour ta présence depuis la première année et les bons moments partagés entre filles à Bordeaux et puis à Paris. Je suis contente que l'on ait toujours réussi à se retrouver malgré nos parcours professionnels différents. Sans toi, ma vie en dehors des études aurait été si fade. J'espère qu'on passera plus de temps ensemble à la Réunion, tu me manques.

Od pour ton soutien depuis tant d'années, pour toutes les fois où on a bossé ensemble à la bm, mais aussi les fous rires partagés. Je réalise que notre amitié a traversé des étapes en parallèle de nos vies, tu m'as fait grandir. Merci d'être là.

Lucie, merci pour ton soutien et tout ce qu'on a partagé ensemble souvent de manière improvisée sur Dijon. Je suis contente que la vie nous ait permis de nous retrouver à Dijon, on a passé des étapes importantes de nos vies ensemble. Je préserverai notre amitié grandissante, tu m'as énormément apporté par ton ouverture d'esprit.

Naël, tite sœur parce que la vie a fait en sorte que nos chemins se croisent toujours de manière étonnante à différents moments de notre vie. Contente que l'on soit si proches, j'ai hâte que l'on repasse des moments à rigoler ensemble. Je n'ai jamais pu former un aussi bon duo que le nôtre au Pictionary! Je souhaite qu'à l'avenir, on partage plus de temps ensemble.

Jojoy parce que tu es comme un frère, et qu'à chaque fois que tu viens me voir à La Réunion, à l'improviste, je passe un moment de franche rigolade et je me dis que rien n'a changé, merci pour ça. Et pour ta relecture de la partie historique.

Stéph, parce qu'on a beaucoup de points communs et que je suis contente que l'on se soit retrouvées. Je suis sûre qu'on rattrapera le temps perdu.

Darine, parce que tu as été une belle rencontre, « un coup de foudre amical » en première année et que tu es la première à m'avoir appris à vivre en dehors de ces études prenantes même si notre amitié en a pris un coup. Tu m'as fait découvrir tant de choses et permis de sortir, par ta joie de vie contagieuse, de la prison dans laquelle je m'étais enfermée. Tu m'as fait grandir, merci, je sais que l'on se retrouvera un jour.

A mes autres amis de la Réunion qui ont marqué ma vie, qui se reconnaîtront et que je prendrai plaisir à retrouver prochainement.

A mes super copines de promo, Sabrina et Juliette, parce que vous êtes des filles extraordinaires avec le cœur sur la main et qu'on s'est toujours soutenues. Je souhaite qu'on se donne régulièrement des nouvelles et qu'on puisse se retrouver à La Réunion ou ici.

A mes « voisins » et amis, pour m'avoir souvent proposé de l'aide depuis que je suis maman et avoir pris des nouvelles régulièrement sur l'avancée de ce travail. Je me suis attachée à cet endroit et à ses résidents, et y ai vécu de bons moments de ma vie.

A Papa, malgré ton absence durant des années importantes de ma vie et des liens encore difficiles à tisser aujourd'hui... je sais que tu es fier. Je suis contente d'avoir pu essayer de passer un cap et d'avoir rencontré tes merveilleuses filles.

A Pitou car je ne t'oublie pas. Tu as été là pendant ma première année et j'ai aimé te retrouver chaque année, le retour sera dur sans toi.

A la médecine, ma passion, car malgré tous mes moments de doute, le domaine de la santé est celui qui m'a toujours intéressée. Je réalise que tous les sacrifices faits, les échecs m'ont permis de me surpasser et de développer des compétences insoupçonnées sur le plan professionnel mais également au niveau personnel. Ces études m'ont fait grandir, parfois douloureusement, et ont changé ma perception de la vie. Elles m'ont forcé à me construire personnellement et me permettent de me sentir « utile ».

Je sais aujourd'hui que la médecine nourrit ma vie personnelle et ma vie personnelle l'équilibre.

A la médecine générale, qui continue sans cesse d'éveiller ma curiosité et d'apprendre encore, me permet d'être proche des patients, de découvrir la diversité humaine et me permet de concilier vie professionnelle et vie de famille. Je me sens aujourd'hui accomplie en tant que femme médecin et mère de famille.

Et enfin merci à la vie, pour tout ce qu'elle m'a appris et car j'ai toujours cru en elle.... Et à tout ce qu'elle me promet.

« Vis comme si tu devais mourir demain. Apprends comme si tu devais vivre toujours. »

Gandhi.

Table des matières

TABLE DES TABLEAUX	16
TABLE DES FIGURES	17
LISTE DES ABREVIATIONS	18
INTRODUCTION	19
I. Histoire de l'allaitement en France.	19
II. La promotion de l'allaitement maternel : un enjeu majeur de santé publique en France. 20	
1. Les avantages de l'allaitement	20
2. Les recommandations :	20
3. Les enjeux économiques	20
III. La situation de l'allaitement en France	21
1. Malgré les bénéfices de l'allaitement, peu de femmes allaitent en France.	21
2. Comparaison avec les pays scandinaves.	23
IV. Les études médicales.....	23
1. L'internat, une période de transition.	23
2. Féminisation de la profession	24
3. Mutation de l'exercice professionnel.....	24
V. Parentalité pendant l'internat.	24
1. Statut légal de l'interne enceinte	24
2. Statut légal de l'interne allaitante.....	26
3. L'allaitement des internes : un sujet peu étudié en France.	26
4. Raisons personnelles du choix du projet de thèse	27
METHODE.....	28
I. Type d'étude	28
II. Population d'étude	28
III. Recueil des données	28
1. Recrutement	28
2. Déroulement des entretiens	29
3. Guide d'entretien.....	29
IV. Analyse des données	29
V. Conflits d'intérêt	30
RESULTATS.....	31
I. Caractéristiques des participantes.	31
II. Analyse thématique.....	31
1. Expérience de vie.....	31
2. Projet d'allaitement et projet de grossesse : une grossesse planifiée et un projet d'allaitement vague.....	32

3.	Allaitement et parentalité.....	40
4.	Rapport au travail.....	48
5.	Soutien	57
6.	Bilan.....	62
	DISCUSSION.....	70
I.	Forces de l'étude	70
II.	Limites de l'étude.....	70
III.	Justification du modèle	71
1.	L'allaitement savant :.....	71
2.	L'allaitement populaire.....	71
3.	L'allaitement imposé.....	72
4.	L'allaitement « prolongé » : au-delà de la norme des 6 mois	72
IV.	Des problématiques très proches de la population générale.	74
1.	Projets des mères et leurs attentes vis-à-vis de l'allaitement	74
2.	Expérience de l'allaitement :	77
V.	Les particularités de la population des internes et les aménagements spécifiques envisageables.	81
1.	Projet des internes et attentes vis-à-vis de l'allaitement	81
2.	Expérience de l'allaitement.....	82
3.	Impact	84
	CONCLUSION	87
	BIBLIOGRAPHIE.....	88
	ANNEXES.....	97
I.	Courriel de recrutement	97
II.	Formulaire de consentement	98
III.	Questionnaire remis en fin d'entretien.....	99
IV.	Guide d'entretien.....	100

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Caractéristiques des différentes participantes.....	31
---	----

TABLE DES FIGURES

Figure 1 - Part des enfants allaités à la naissance en 2013 (14).....	22
Figure 2 - Durée de l'allaitement exclusif en France, en moyenne (15)	22

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CoFAM : Coordination Française pour l'Allaitement Maternel

CSCT : Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

ECN : Épreuves Classantes Nationales

ESPGHAN : The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition

HAS : Haute Autorité de Santé

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

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle Infantile

PNSS : Programme national nutrition santé

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

INTRODUCTION

I. Histoire de l'allaitement en France.

D'un point de vue historique en France, l'allaitement maternel est passé d'un moyen de survie à la préhistoire, à une pratique progressivement déléguée aux nourrices jusqu'au XIX^{ème} siècle, pendant lequel elle devient la plus courante. (1–5)

Au Moyen Âge, le recours aux nourrices dans la population générale est faible et réservé aux cas d'extrême nécessité, quand la femme ne « peut pas allaiter ». Cette pratique s'inscrit déjà dans les milieux aisés, où l'allaitement a un rôle secondaire par rapport à la vie mondaine des aristocrates, désireuses de réenfanter rapidement. Beaucoup de fausses croyances laissent penser que l'allaitement n'est pas compatible avec la vie sexuelle, cette idée étant renforcée par l'essor du christianisme.

Malgré l'intérêt porté au lien mère-enfant par les penseurs de la Renaissance au XVII^{ème} siècle, ces pratiques ne changent pas et s'étendent aux femmes d'ouvriers ou d'artisans, qui ont recours à des nourrices en campagne à moindre frais. Se développe alors un vrai marché nourricier, si bien que les nourrices, submergées par les demandes de garde ne pouvaient parfois plus nourrir leur propre enfant et utilisaient souvent du lait de vache, responsable de l'augmentation du taux de mortalité infantile.

Vers la fin du XVIII^{ème} siècle les philosophes des Lumières critiquent la séparation mère-enfant. Cette fois les femmes de la grande et de la moyenne bourgeoisie se méfient des nourrices et font garder leur bébé à domicile. L'usage qui domine durant la seconde moitié du XIX^e siècle, est ainsi de faire venir la nourrice « sur lieu ». Les familles les plus pauvres continuent d'envoyer leurs enfants à la campagne.

En parallèle le biberon se développe au Moyen Âge. A partir de 1860, les découvertes de Pasteur sur la stérilisation vont permettre de faire évoluer les pratiques en faveur de la sécurité alimentaire de l'enfant et l'utilisation du biberon devient plus sûr. Les premières poudres de lait sont fabriquées dès la fin du XIX^e siècle.

On aboutit paradoxalement à un fossé entre les plus riches qui peuvent faire allaiter leur enfant sur place et les plus pauvres envoyant toujours leur enfant en campagne pour les faire nourrir au biberon. En effet, même si les connaissances des médecins se sont améliorées car ils savent à présent que le lait de la mère est aseptique et protège le nourrisson contre certaines infections, ils continuent à prêcher l'allaitement maternel mais recommandent le biberon dans les hospices où le lait de femme est rare et même auprès des nourrices de la campagne, toujours tentées de réserver leur lait à leur propre enfant.

Au moment de l'entrée des femmes dans le monde du travail après la 1^{ère} guerre mondiale et avec l'ère industrielle, le taux d'allaitement chute. L'allaitement mercenaire disparaît et laisse place à une nouvelle profession réglementée : les nourrices deviennent de simples gardiennes d'enfant. L'usage à domicile des biberons est estimé plus sûr et supprime l'investissement corporel des nourrices.

Au début des années 1970, la montée de courants féministes hostiles à « l'esclavage » produit par l'allaitement au sein, plaident que l'épanouissement de la mère et celui de son bébé exigent leur indépendance précoce et réciproque. Toutefois il n'est pas unanime, puisque presque en même temps un autre courant valorise l'allaitement maternel comme un privilège dont les hommes sont écartés. L'écologie prêche passionnément le retour au naturel pour « échapper » au pouvoir médical.

L'allaitement stagne puis à partir des années 90, on assiste à une hausse très importante du taux d'allaitement en France, qui stagne à nouveau depuis une dizaine d'années.

II. La promotion de l'allaitement maternel : un enjeu majeur de santé publique en France.

1. Les avantages de l'allaitement

Les bienfaits de l'allaitement maternel pour la santé de la mère et de l'enfant à court, moyen et long terme sont reconnus scientifiquement. Au-delà de ses qualités nutritives et immunes, l'allaitement maternel permet de créer un lien mère-enfant. Il existe également un intérêt antalgique chez l'enfant et des avantages économiques à allaiter.

2. Les recommandations :

L'OMS recommande un **allaitement exclusif pendant six mois, puis un allaitement en complément d'une alimentation diversifiée jusqu'aux deux ans de l'enfant minimum** et tant que la mère et l'enfant le souhaitent(6). En France, ces recommandations ont été reprises de manière plus souple par l'ANAES (7) puis la HAS (8) et le PNSS : (9) elles préconisent **un allaitement exclusif jusqu'à 6 mois idéalement**, et d'au moins 4 mois pour le PNSS, dans le respect du désir des femmes.

Récemment l'ESPGHAN (10) a proposé que la diversification commence au début du 5^{ème} mois (soit à 17 semaines) pour limiter le risque d'allergie alimentaire, mais dans tous les cas le lait maternel et à défaut le lait artificiel devrait rester l'alimentation principale de l'enfant jusqu'au début du 7ème mois.

3. Les enjeux économiques

a. Economies pour l'Etat

L'allaitement au sein permet à l'Etat une économie non négligeable concernant le budget consacré à l'achat et à la distribution des substituts du lait maternel.

Les quelques données nationales disponibles sous-estiment les économies de coûts de santé liées à l'allaitement car elles incluent rarement les coûts indirects (par exemple en lien avec l'absentéisme pour cause d'enfant malade) et les surcoûts générés par la prise en charge de toutes les pathologies infantiles et maternelles plus fréquentes en l'absence d'allaitement. L'allaitement maternel diminue aussi les dépenses liées à ces prestations pour la sécurité sociale.

Une analyse de 1997 estimait que pour une élévation de 5% du taux d'allaitement, une économie de 2,7 millions d'euros par an pourrait être faite sur les seules dépenses liées aux pathologies des jeunes nourrissons jusqu'à 6 mois en France. (11)

b. Economies pour les employeurs.

L'allaitement maternel chez les femmes qui travaillent diminue leur taux d'absentéisme. Ces bénéfices de l'allaitement sont peu connus des employeurs publics ou privés, ce qui justifie une

campagne d'information afin d'attirer leur attention sur ce problème et pouvoir encourager les mères à allaiter en travaillant.

Une étude américaine de 1995 a montré que les enfants allaités étaient 4 fois plus souvent indemnes de pathologies infectieuses (otites, infections respiratoires, diarrhées aiguës) pendant la 1ère année de vie que les enfants non allaités. Deux tiers des absences maternelles survenaient chez des enfants non allaités et les absences d'une durée d'une journée étaient significativement plus fréquentes chez ces enfants non allaités (26%) que chez les enfants allaités (11%). (11)

De plus les auteurs évoquaient une moindre disponibilité de la mère pour son travail lorsqu'elle était préoccupée par la santé de son enfant malade, même si celui-ci était confié à une nourrice ou une crèche.

c. Economie pour les ménages.

Le non allaitement est un facteur d'appauvrissement des familles, en particulier les plus vulnérables sur le plan socio-économique, du fait des surcoûts inhérents à la fois à l'achat du lait artificiel (la part du coût relatif à l'alimentation au biberon peut représenter jusqu'à 14 % du revenu familial pour une mère vivant seule recevant le revenu minimal d'insertion), aux ustensiles associés (biberon, chauffe-biberon, goupillon...), aux consommables nécessaires (eau, électricité/gaz) et aux dépenses supplémentaires en soins médicaux et en pharmacie consécutives au non allaitement.

Le surcoût lié à l'alimentation au lait artificiel est estimé à 500 € pour un nourrisson pendant les 6 premiers mois en France (11). De plus, l'allaitement permettrait une économie de 1169,46€ par an par foyer. (12)

III. La situation de l'allaitement en France

1. Malgré les bénéfices de l'allaitement, peu de femmes allaitent en France.

Les résultats de la dernière étude française Epifane sur l'allaitement dans la population générale en 2012 rapportent que (13) :

- À 3 mois, **39%** des enfants sont allaités dont 10% de manière exclusive et 21% de manière exclusive ou prédominante.
- À 6 mois, le taux d'allaitement est de **23%** dont 1,5% de façon exclusive ou prédominante.
- La durée médiane de l'allaitement est de **15 semaines**, celle de l'allaitement exclusif ou prédominant de 24 jours.

Il existe de **fortes disparités** dans les taux d'allaitement. Il y a plus d'enfants allaités dans l'Est de la France, le Sud-ouest, en Ile de France et dans les départements d'outre-mer (hors Mayotte). La part des enfants allaités à la naissance était en 2013 de 65% en Métropole et 85% dans les départements et régions d'Outre-mer (hors Mayotte).

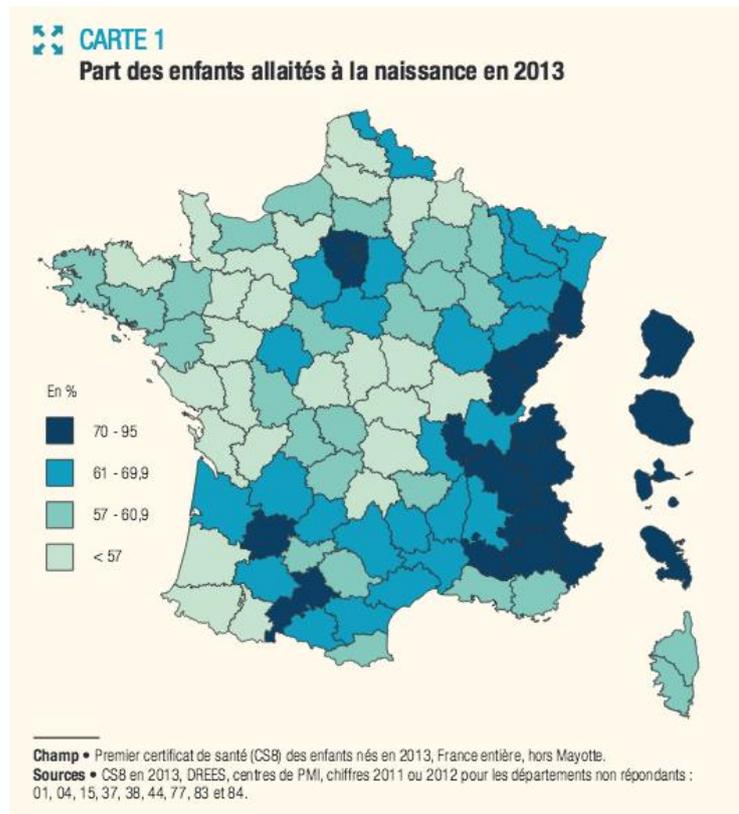


Figure 1 - Part des enfants allaités à la naissance en 2013 (14)

Il existe également des disparités dans la durée d'allaitement. Une récente étude de 2012 a montré que la durée d'allaitement maternel exclusif en Bourgogne était de 13,8 semaines en Bourgogne. (15)

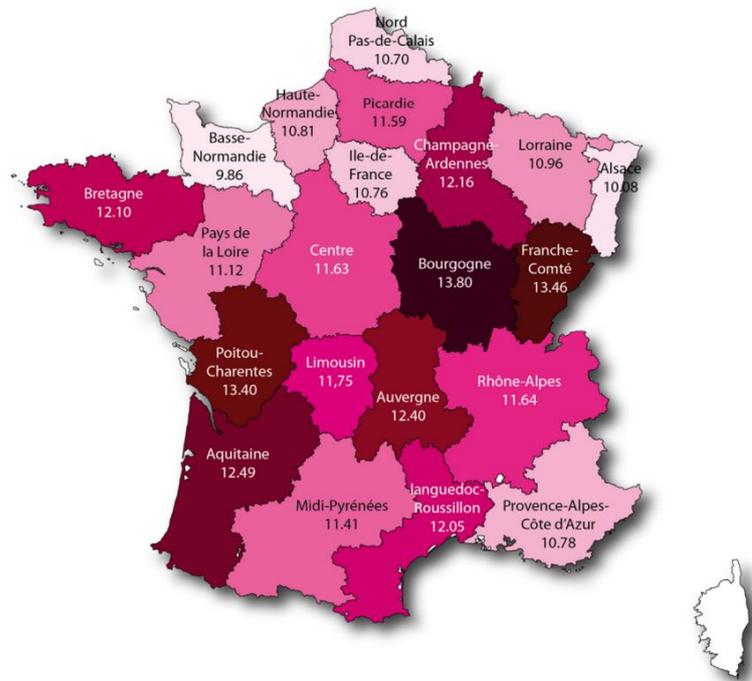


Figure 2 - Durée de l'allaitement exclusif en France, en moyenne (15)

Cette durée limitée pourrait s'expliquer par la reprise du travail après le congé maternité. En effet, l'une des premières causes de sevrage en France est la **reprise du travail** (11,13,16–19).

2. Comparaison avec les pays scandinaves.

Malgré les recommandations internationales et nationales démontrant sa supériorité par rapport au lait artificiel, **le taux d'allaitement en France reste l'un des plus faibles d'Europe**, bien qu'il soit en augmentation, notamment par rapport aux pays scandinaves, reconnus comme particulièrement favorables à la promotion de l'allaitement (20).

A titre comparatif, en Suède en 2005, **98,5%** sont allaités à la naissance et **60%** le sont encore à 6 mois exclusivement. (20).

Ces pays ont modifié les comportements par rapport à l'allaitement grâce à la mise en place d'une **politique de protection sociale** de la grossesse et de la petite enfance, avec notamment des congés parentaux très avantageux, avec une rémunération de 80% à 100% du salaire. En Suède, la durée du congé parental pour l'un ou l'autre des parents est de 68 semaines, dont 60 jours exclusivement pour la mère. En Norvège, la durée de ce congé peut être de 48 semaines, dont 9 semaines exclusivement pour la mère et 4 pour le père (20).

La Norvège qui possède une culture largement diffusée de l'allaitement, s'est aussi dotée d'une législation spécifique pour encourager la durée de l'allaitement lors du retour à l'emploi. Les parents peuvent diminuer leurs heures de travail après une naissance, en accord avec l'employeur. Les pays nordiques ont aussi développé des systèmes publics de crèches subventionnés à hauteur de 70%, pour favoriser un équilibre entre responsabilités familiale et vie professionnelle. (21)

IV. Les études médicales

1. L'internat, une période de transition.

En France, les études médicales comptent parmi les études supérieures les plus longues, durant au minimum neuf années après le bac pour la médecine générale et onze années pour d'autres spécialités. Elles sont réparties en trois cycles (22). A la fin du deuxième cycle, en 6ème année, l'externe passe le Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT) lui donnant le droit de prescrire puis les Épreuves Classantes Nationales (ECN) lui permettant de choisir, selon son classement, sa spécialité ainsi que la région dans laquelle il souhaite poursuivre sa formation.

L'internat représente une période charnière de la formation médicale, au cours de laquelle l'étudiant acquiert davantage de responsabilités et d'autonomie en stage, ce qui lui permet de développer de nouvelles compétences nécessaires à l'exercice de sa profession.

Selon la spécialité choisie, il doit valider six à dix semestres obligatoires de formation et de stages. Il est défini comme un « praticien en formation spécialisée » et partage son temps de formation entre des stages comprenant des gardes et/ou des astreintes et des obligations universitaires. Selon son rang de classement à l'ECN, son ancienneté et le nombre de semestres validés, il choisit, à chaque semestre, un stage agréé dans sa région d'affectation pour réaliser sa maquette de DES. Cette période peut ainsi entraîner des changements géographiques répétés avec une possibilité de loger en internat(23,24).

Il aboutit à la présentation du mémoire, qui marque la fin du DES, puis à la soutenance de sa thèse d'exercice pour obtenir le titre de docteur en médecine (25).

2. Féminisation de la profession

Alors qu'historiquement les études médicales étaient réservées aux hommes, depuis une cinquantaine d'années, on constate une féminisation de la profession, bien visible dans les promotions d'étudiants. Le nombre de femmes médecins est passé de 10% en 1962 à 36% en 2003 (26–28). En 2017, 47% des médecins en activité régulière sont des femmes avec 61% de jeunes femmes médecins de moins de 40 ans, quelle que soit la spécialité.(29). Parmi les étudiants de 2013, 65% des étudiantes de première année étaient des femmes (30).

3. Mutation de l'exercice professionnel.

On observe une mutation de l'exercice professionnel qui est liée en partie à la féminisation de la profession et au fait que les carrières se gèrent désormais à deux. Les modes d'investissements professionnels, des femmes comme des hommes médecins, se sont déplacés vers un "équilibre" entre la gestion d'une activité professionnelle, qui reste somme toute prenante et exigeante en termes de temps et la gestion d'une vie familiale et domestique, avec une part consacrée aux loisirs.

La réforme des 35 heures, le développement des loisirs (voyages, sports, etc....) et des activités associatives ou électives (29) peuvent également avoir eu une incidence sur le rapport au travail des médecins. Ainsi les jeunes générations de médecin aspirent à une moindre disponibilité temporelle pour leur travail au profit de leur vie personnelle (29,31–33).

Les internes actuels pourraient représenter la déclinaison médicale de la génération Y décrite sociologiquement : ils s'opposent ainsi aux anciens, de la génération Z, et souhaitent mieux concilier vie privée et vie professionnelle (33). Leur qualité de vie prime et il n'est plus question pour eux de sacrifier leur vie de famille au profit de leur métier. Une récente thèse révèle que les internes de médecine générale de Poitiers souhaiteraient une réduction de leur temps de travail hebdomadaire.(34)

V. Parentalité pendant l'internat.

La longueur des études médicales, l'âge élevé des internes (35), la féminisation des promotions et l'importance que les jeunes médecins accordent à leur vie personnelle peuvent en partie expliquer que le nombre d'internes enceintes pendant l'internat croît.

D'après une thèse de 2006 à Nancy, sur 94% des internes de sexe féminin souhaitant avoir des enfants, deux tiers ne veulent pas reporter leur projet de grossesse après l'internat. 16% des internes interrogées ont eu une grossesse (13,3%) ou deux grossesses (2,7%) pendant l'internat. Parmi elles, 65% sont en médecine générale, 15% en spécialité médicale, 8% en pédiatrie, 4% en chirurgie gynécologique. (36)

1. Statut légal de l'interne enceinte.

D'après le code du travail, les internes enceintes pendant l'internat ont droit, comme toute salariée (37,38) :

- **au congé maternité** : rémunéré à 100% du salaire il comprend un congé prénatal et un congé postnatal dont la durée varie selon le nombre d'enfant(s) attendu(s) et le nombre d'enfant(s) déjà à charge. Pour un premier enfant, il est de 6 semaines en prénatal et 10 semaines en post natal. (39)
- **au congé parental d'éducation** : non rémunéré, accordé au bout d'un an d'ancienneté, d'une durée d'un an, renouvelable deux fois pour une naissance ou une adoption d'un enfant de moins de trois ans et d'un an maximum pour l'adoption d'un enfant âgé de trois à seize ans. Le contrat de travail est alors suspendu pendant la durée du congé (40).
- **au congé de présence parentale** : non rémunéré, d'une durée maximum de 310 jours sur trois ans par pathologie. Le parent peut cependant percevoir l'allocation journalière de présence parentale d'un montant de 43,57 euros par jour (22 jours par mois maximum) (41)
- **au congé de solidarité familiale** : accordé à l'interne dont un ascendant, un descendant, un frère, une sœur ou une personne partageant le même domicile souffre d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ou est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause. La durée de ce congé est assimilée à une période de services actifs et ne peut être imputée sur la durée du congé annuel. (42)
- **à la disponibilité pour convenances personnelles**: non rémunérée, à partir d'un an de fonction effective et dans la limite d'un an renouvelable une fois. L'interne est libérée de toutes ses obligations statutaires pendant six mois. (43)

Les internes enceintes peuvent disposer de réglementations spécifiques : elles peuvent être dispensées des gardes uniquement à partir du premier jour du 3^{ème} mois. Il n'est pas spécifié qu'elles sont exemptées des astreintes.

- **Le décret du 25 juin 2010** a permis des aménagements pour répondre aux besoins des internes enceintes et homogénéiser la gestion des services hospitaliers par la création de **des surnombres**.(44)

Ce système propose un poste supplémentaire dans un service accueillant déjà le nombre d'internes qui lui est attribué. La demande officielle d'affectation en surnombre, en raison d'une maternité ou d'une maladie doit être faite auprès de l'ARS. L'interne en surnombre est soumis aux mêmes règles de classement que tous les internes.

Les internes enceintes peuvent donc s'absenter pendant leur congé maternité sans impacter le fonctionnement des services concernés. Ces stages peuvent être validant ou non. Elles doivent, comme tous les internes, réaliser au minimum 4 mois de stage, sans compter les congés payés, pour pouvoir valider leur stage. Ce décret représente une avancée majeure pour l'interne enceinte bien que certains terrains de stages (surtout ambulatoires) ne soient pas encore accessibles en surnombre, aboutissant parfois à des stages imposés qui peuvent avoir un impact négatif sur la formation de l'interne enceinte.(45)

- **Le décret du 25 mai 2016** a également permis une aide supplémentaire permettant la **suppression du déclassement** de l'interne enceinte lors des choix de stage (46).

En effet, jusqu'à cette date la réglementation en vigueur prévoyait qu'une interne n'ayant pas validé son semestre à cause de la grossesse soit classée à la fin de sa promotion. En réalité sur le terrain, les règles de reclassement de l'interne à la reprise différaient selon les facultés: certaines d'entre-elles se sont effectivement opposées à cette discrimination négative et ont opté pour une conservation du rang de classement à l'ECN, entraînant alors un surclassement critiqué. (47)

Il permet également un **allongement de la durée réglementaire pour valider le DES**, lorsque l'étudiant est en congé maternité ou en état de grossesse.

2. Statut légal de l'interne allaitante

D'après le code du travail, les internes allaitantes pendant l'internat ont droit, comme toute salariée, au congé maternité, à la disponibilité et au congé parental d'éducation. Il n'existe pas de congé d'allaitement. (48)

Depuis les années 50, **l'interne en stage hospitalier a droit, comme toute salariée**, à la reprise :

- **à une heure par jour jusqu'à un an de l'enfant**, pour allaiter son enfant sur place ou tirer son lait, jusqu'à un an de l'enfant. Elles sont réparties en **deux permissions de 30 minutes**, mais leur répartition sera décidée après concertation de l'employée et l'employeur, et normalement non rémunérées. A défaut d'accord, ce temps est placé au milieu de chaque demi-journée de travail.
- elles doivent pouvoir bénéficier **d'un local dédié à l'allaitement** (à l'intérieur ou à proximité des locaux affectés au travail). Toute entreprise de plus de 100 salariés, comme le CHU, doit mettre à disposition des mères allaitantes des « chambres d'allaitement » répondant à des règles spécifiées de volume, d'hygiène, de matériel disponible et dans ce cas la pause d'allaitement est **réduite à 20 minutes**.

Il n'existe aucune convention collective de travail pour les internes. **Aucune autre aide législative spécifique n'existe** pour permettre à l'interne de concilier allaitement et internat.

3. L'allaitement des internes : un sujet peu étudié en France.

Dans ce contexte, de nombreuses thèses se sont intéressées au vécu des grossesses (36) et de la parentalité (49) des internes et ont permis des aménagements pour concilier grossesse et internat. En revanche, peu d'études ont été faites spécifiquement sur le vécu de l'allaitement pendant l'internat en France (47).

Dans *une thèse quantitative réalisée en 2013*, 92% des internes de médecine générale interrogées dans toute la France souhaitaient allaiter. 52% des internes-mères ont déclaré que la durée réelle de leur allaitement n'était pas en accord avec leur projet d'allaitement initial. Les 3 premières causes déclarées de cet échec sur le questionnaire sont la reprise du travail, les horaires de travail incompatibles avec l'allaitement et la perception d'une insuffisance de lait (47).

Nous nous sommes donc posé la question suivante :

Quelle place occupe l'allaitement maternel dans la vie des internes bourguignonnes allaitant pendant l'internat ?

L'objectif de notre étude était d'explorer le **vécu** de l'allaitement maternel chez les internes bourguignonnes allaitant pendant l'internat, pour repérer les **difficultés** qu'elles rencontrent et proposer les aménagements possibles à mettre en place.

4. Raisons personnelles du choix du projet de thèse

Lorsque j'ai commencé à allaiter ma fille, j'avais fini mon internat. Je n'avais pas vraiment de transmissions familiales de l'allaitement, mais mon stage en PMI m'a permis de voir pour la première fois des mères allaiter. L'expérience de l'allaitement m'a changée aussi bien au niveau personnel qu'au niveau professionnel, malgré les difficultés rencontrées. J'ai repoussé la reprise à 8 mois pour profiter de ma fille et l'allaiter sereinement. Je me demande quelle expérience de l'allaitement ont les internes qui allaitent pendant l'internat.

METHODE

I. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, réalisée en Bourgogne entre janvier 2018 et juillet 2018.

II. Population d'étude

La population d'étude ciblait les internes de médecine, de toute spécialité, ayant allaité au moins un enfant pendant l'internat et affectées à l'Université de Dijon, en Bourgogne.

Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

L'échantillonnage a été réalisé en variation maximale afin de recueillir un maximum de vécus différents sur l'allaitement pendant l'internat. Il faisait varier des critères susceptibles d'influencer les expériences des internes allaitantes tels que la spécialité, le nombre d'enfants allaités, le lieu de stage, le moment de survenue de la grossesse par rapport à l'internat et par rapport au décret de 2016, l'âge.

III. Recueil des données

1. Recrutement

Les internes ont été contactées par divers moyens :

- Envoi de mails à l'ensemble des internes actuellement inscrits à l'université de Bourgogne via la scolarité du troisième cycle des études médicales (annexe 1). L'investigatrice présentait de façon générale le thème de l'entretien, à savoir les représentations et le vécu de l'allaitement maternel chez les internes Bourguignons. Les participants étaient dès lors informés que l'entretien, d'une heure environ, se déroulerait de visu et serait intégralement enregistré et anonymisé lors de sa retranscription.
- D'autres participantes ont été directement contactées par mail à partir du réseau personnel de l'investigatrice. L'étude leur était présentée de la même manière.
- Certaines participantes ont été contactées via des participantes ayant participé à l'étude (effet boule de neige).
- Un entretien exploratoire a été réalisé auprès du conjoint d'une des participantes mais n'a pas été analysé.

Les internes ayant répondu favorablement étaient ensuite contactées par mail pour confirmation de leur participation à l'étude et il était convenu d'une date de rencontre.

Pour des raisons pratiques, les entretiens ont débuté par les internes immédiatement disponibles et proches de Dijon. Par la suite, les autres participantes ont été sollicitées selon les caractéristiques des participantes des entretiens précédents et leur disponibilité.

2. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés par une investigatrice unique, de janvier à juillet 2018.

Ces entretiens se sont déroulés selon le même modèle. Ils se sont réalisés en dehors des heures de travail, dans un lieu calme, propice à la confiance, choisi par la participante, en privilégiant son domicile ou le domicile de l'investigatrice. Les participantes ont donné leur consentement écrit pour participer à l'étude. L'enregistrement audio de chaque entretien a été réalisé en double à l'aide d'un dictaphone numérique Philips et de la fonction dictaphone d'un IPAD PRO, afin de prévenir une perte des données.

Un consentement oral et écrit (annexe 2) était recueilli en début d'entretien. Un formulaire s'intéressant aux caractéristiques des participantes (annexe 3) était rempli en fin d'entretien. Les internes étaient informées du démarrage de l'enregistrement audio des données et de l'anonymat de leurs propos.

3. Guide d'entretien

L'investigatrice s'appuyait sur un guide d'entretien qualitatif préalablement rédigé selon une revue de littérature. Le guide d'entretien a servi de conducteur souple. Il a été modifié au fur et à mesure de l'avancée de la recherche, comportant six questions ouvertes dans sa version finale (Annexe 4).

La question initiale était « brise-glace » afin de susciter la verbalisation du sujet interrogé, portant sur la présentation générale de l'interne. Ensuite, l'ordre des questions était variable, afin de respecter le cheminement de la pensée de la personne interrogée. Tout en respectant les silences, l'investigatrice a effectué des relances en fonction des propos recueillis.

IV. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits ad integrum par l'intermédiaire du logiciel de traitement de texte Word et anonymisés. Les participantes étaient informées de la possibilité de recevoir et modifier la retranscription si elles le souhaitaient. Deux retranscriptions ont été modifiées.

Les entretiens anonymisés, devenus verbatim, contenaient des éléments de communication non verbale perçus lors de l'entretien. Ils étaient analysés de façon thématique et intuitive selon le principe de la théorisation ancrée. Ce travail était fait à l'aide d'un logiciel de traitement de textes sous forme de tableau.

L'analyse des verbatim, a fait naître des « unités de sens » ou « codes ouverts », en lien avec la question de recherche, au sein desquels toutes les idées s'y attachant ont été intégrées. Le codage ouvert des données a été réalisé par l'investigatrice (simple codage). Ces codes ont ensuite été regroupés en catégories selon des liens logiques. Les différentes catégories ont été mises en relation, permettant la formation d'un codage axial. Le codage axial a permis de dégager une théorisation.

La recherche qualitative étant un processus continu de recueil de données et d'analyses, chaque entretien était retranscrit et analysé avant d'en programmer un nouveau. Cependant pour des raisons organisationnelles de disponibilité des participantes quelques entretiens ont été réalisés à la suite.

Les entretiens se sont déroulés jusqu'à obtention de la saturation des données, définie par l'épuisement de nouveaux éléments au cours de l'analyse.

V. Conflits d'intérêt

L'investigatrice n'avait aucun conflit d'intérêt et les entretiens n'ont pas été indemnisés. Une collation a été offerte aux participantes pendant l'entretien, afin d'établir une convivialité.

RESULTATS

I. Caractéristiques des participantes.

15 entretiens ont été inclus dans l'étude. Ils ont été réalisés en Bourgogne entre janvier et juillet 2018. La durée des entretiens a varié de vingt-six minutes à une heure trente.

Les caractéristiques des différentes participantes sont résumées dans le tableau 1.

Caractéristiques des internes				Enfants			Formation		Conjoint		
Sexe	Âge	Spécialité	Statut marital	Nombre d'enfant(s) allaité durant l'internat / Total	Semestre de naissance	Âge de l'enfant à la reprise (mois)	Surnombre	Dispo	Âge	Médecin	
E1	F	29	Médecine générale	Pacsée	1/1	5	3,5	Non validant	Oui	29	Oui
E2	F	29	Médecine générale	Pacsée	1/1	4	3	Validant/validant	Non	31	Oui
E3	F	29	Médecine générale	Concubinage	1/1	5	3,5	Non validant	Non	29	Non
E4	F	31	Médecine générale	Concubinage	1/1	6	4	Non validant	Non		Non
E5	F	31	Médecine générale	Mariée	1/2	Externat	9	Non	Non	32	Non
								Non	Non		
E6	F	30	Autre	Mariée	1/1	7	2,5	Non validant	Non	35	Non
E7	F	28	Médecine générale	Mariée	1/1	4	5	Non validant	Non	36	Non
E8	F	29	Médecine générale	Concubinage	2/2	2	3	Non validant	Non	31	Non
						5	3,5	Non validant			
E9	F	28	Médecine générale	Pacsée	1/1	3	5	Non validant	Non	28	Non
E10	F	27	Médecine générale	Mariée	1/1	Externat	3	Validant/validant	Non	28	Non
E11	F	29	Autre	Pacsée	1/1	2	2,5	Non validant/validant	Non	30	Non
E12	F	29	Médecine générale	Pacsée	1/1	1	3	Validant/validant	Non	29	Non
E14	F	31	Médecine générale	Mariée	2/2	3	3	Non validant	Non	31	Oui
						6	6	Validant	Oui		
E15	F	26	Autre	Pacsée	1/1	3	3	Non	Non	29	Non
E16	F	26	Autre	Mariée	1/1	5	2,5	Non validant	Non	27	Non

Tableau 1 - Caractéristiques des différentes participantes

Pour respecter l'anonymat des participantes, celles-ci ont été identifiées par des numéros de E1 à E16 (E13 étant l'entretien exploratoire non inclus dans l'étude). Parmi les quinze internes de médecine interrogées : 11 internes étaient en médecine générale et 4 internes avaient une autre spécialité médicale. Elles avaient entre un et deux enfants allaités pendant l'internat.

La saturation a été atteinte à l'issue du treizième entretien et a été vérifiée deux fois.

II. Analyse thématique

Les résultats de l'analyse thématique sont explicités puis justifiés par les extraits du verbatim correspondants. Afin de faciliter la présentation, les citations figurent sur fond grisé. Les prénoms des conjoints sont volontairement modifiés et les autres termes anonymisés apparaissent entre parenthèses.

1. Expérience de vie

a. Expérience professionnelle.

La plupart des internes avaient choisi dès le départ d'étudier la médecine mais trois internes avaient un **parcours atypique** : elles avaient commencé par faire des études pour devenir sage-femme,

ingénieur ou vétérinaire et avaient changé de voie au cours ou à la fin de leurs études. Elles avaient un âge plus élevé que l'âge moyen des autres internes.

E10 : Je suis un peu décalée dans les études, j'avais commencé des études d'ingénieure. Du coup, moi là j'ai 27 ans et demi.

E12 : Avant, j'ai fait un cursus de sage-femme, j'ai mon diplôme. J'ai fait une passerelle où j'ai repris en... 3^{ème} année de médecine, voilà. Pour euh... Je... J'suis pas toute jeune, j'ai déjà 29 ans.

Quel que soit leur parcours initial, le choix de la spécialité n'était pas toujours évident. Leur **identité professionnelle était toujours en construction.**

E9 : Et puis en médecine... au début je voulais faire une spécialité hospitalière, enfin... être à l'hôpital, parce que je trouvais que la médecine générale c'était euh... c'était un pharmacien amélioré (...) Et puis finalement j'ai fait mon stage en médecine générale, ça m'a énormément plu. J'ai découvert la relation avec les, avec les... les patients, tout ce qui est suivi, et du coup euh... pour moi c'est devenu une évidence au cours de mes études de faire de la médecine générale.

E14 : On était les 2 à être euh... à avoir à passer l'internat. Moi j'avais peut-être pas forcément dans l'optique de faire médecin généraliste 'fin, voilà, il y avait plein d'inconnues. Moi j'savais pas ce que j'voulais faire en fait donc au final voilà.

b. Expérience personnelle

Pour celles qui avaient déjà eu un enfant, la deuxième expérience d'allaitement était plus facile.

E14 : Bah encore plus simple que l'premier, parce que j'avais le recul, je savais. Et euh... Et qu'à (ville) on a la chance d'avoir des consultations d'allaitement.

2. Projet d'allaitement et projet de grossesse : une grossesse planifiée et un projet d'allaitement vague.

a. Une grossesse planifiée.

Elles étaient en couple depuis longtemps et le désir de grossesse s'inscrivait dans un projet de couple.

E16 : Ben déjà c'était un souhait de...de... de... de devenir maman. Ce n'est pas un accident ou quoi que ce soit, c'était vraiment un souhait. Euh... on a essayé pendant... 6 mois, en moyenne. Euh... et puis, voilà, c'était un souhait de mon mari et de moi.

La grossesse était planifiée par rapport aux études.

Planification dans le cursus médical

La première grossesse **était le plus souvent planifiée pendant l'internat ou à la fin de l'externat.**

E16 : J'aurais voulu un... enfant pendant mon internat, enfin ça me dérangeait pas d'avoir un enfant pendant mon internat.

Plusieurs raisons étaient avancées pour cette décision :

- La crainte d'avoir des difficultés à concevoir à partir d'un certain âge.

E8 : J'avais pas envie d'attendre... 30 ans et de me dire que peut-être, ça pourrait être plus compliqué de tomber enceinte à ce moment-là.

- L'impression que ça serait plus difficile d'avoir un enfant pendant le clinicat ou l'assistantat ou après s'être installée, par rapport à l'internat.

E16 : Que j'trouvais que c'était plus simple de... de tomber enceinte pendant mon internat que pendant mon clinicat, même si j'en veux plusieurs et que du coup la question se posera pour la suite

E9 : Je prévois de faire... le p'tit frère ou la petite sœur de (bébé) pendant l'internat, encore. Donc d'ici la fin de l'année. Et puis quand j'aurai fini mon 2^{ème} congé maternité, je m'installerai...

- La possibilité d'avoir un surnombre sans pénaliser l'équipe soignante.

E8 : L'internat c'est plutôt cool en fait ! Parce que tu fais pas partie vraiment, 'fin tu fais partie d'une équipe d'internes, mais... il existe les surnombres. Donc au final, tu pèses pas à l'équipe, parce que quand t'es pas là, ben au final, eux ils sont en nombre suffisant pour faire le truc.

- L'aspect financier : elles voulaient profiter du salariat de l'internat, pour pouvoir assumer un enfant financièrement, en étant indépendantes.

E14 : On s'est toujours dit qu'il fallait attendre l'internat pour avoir des enfants, mais moi personnellement je les aurais faits avant si j'avais pu. Et fallait attendre la fin de l'internat, qu'on soit parti, qu'on gagne notre vie, donc voilà.

E1 : Parce que pendant l'externat c'était pas faisable, 'fin... T'as pas... T'as pas suffisamment de revenus et tout.

Planification par rapport au moment de l'externat ou l'internat :

- Elles n'exprimaient généralement **aucune crainte par rapport aux répercussions du rythme des stages** sur la grossesse mais une interne avait organisé sa maquette en amont de sa grossesse :

E9 : J'ai voulu en fait, prévoir un peu cette grossesse en fonction de mes stages. C'est-à-dire que tout a été un peu organisé et prévu. J'ai fait en sorte de faire les stages les plus difficiles au niveau du temps et de l'organisation, avant ma grossesse pour pouvoir être plus... plus sereine ensuite. C'est-à-dire que j'ai privilégié les stages hospitaliers et à... très chronophages et à gardes.

- Elles s'inquiétaient parfois de l'impact de la grossesse sur le déroulement des études :

Pour certaines, il y avait parfois un vrai calcul de la date de conception par rapport à l'externat ou l'internat, pour ne pas gêner le cursus.

E10 : Donc soit on lance le bébé en été et j'accouche avant les ECN. Tu vois le gros calcul... (...) C'était très très calculé hein. Et donc, avant les ECN et après j'enchaînerai l'internat, voilà, normal on sera pas décalé. Ou alors, on essaye de viser de le commencer en janvier 2017, d'accoucher entre les ECN et l'internat. Le début de l'internat. Oui, c'était très très calculé.

E1 : Par rapport à l'internat un petit peu, bon ben ça s'est pas du tout passé comme ça aurait dû. Ben par rapport au stage quoi, je voulais que ça tombe entre deux stages et c'est tombé en plein milieu d'un stage.

Pour d'autres le désir de grossesse primait et il n'y avait pas de calcul par rapport aux semestres.

E6 : Je n'étais pas du genre à calculer, par exemple, quand est-ce que j'allais pouvoir tomber enceinte pour ne pas rater de semestre, ou de choses comme ça. Voilà, moi je me suis « allez, je fais ma vie. Ma vie c'est aussi, avant tout c'est d'être maman, d'avoir ma vie de famille, et le travail, tant pis ça passe... en second »

E7 : J'avais arrêté ma contraception en me disant que ça viendra quand ça viendra, sans être forcément trop pressée

b. Un projet d'allaitement vague.

Une décision parfois difficile à prendre.

- Des participantes avaient un désir fort et ancien d'allaiter : la décision d'allaiter était prise avant la grossesse. C'était d'abord **une évidence, elles ne pouvaient pas concevoir de ne pas allaiter.**

E9 : Bah... je... je sais pas en fait ! (rires) 'fin, pour moi c'était une évidence en fait. Avant d'être enceinte je savais que je voulais allaiter déjà. Euh... Donc quand je suis tombée enceinte, c'était... normal pour moi de... de vouloir allaiter.

E5 : Donc pour moi l'allaitement c'était une évidence, c'est un acte tout à fait normal, ordinaire, physiologique... Voilà, c'est pas... C'était pas possible de pas l'envisager en gros.

E7 : Moi l'allaitement je ne concevais pas de pas le faire (...) Après moi je me suis jamais vraiment posée la question. C'était comme ça, 'fin... Je sais pas, c'était vraiment euh... J'me suis pas dit, j'me suis pas posé la question "j'vais allaiter ou pas?" en fait.

- Elles évoquaient secondairement le **côté naturel du lait maternel** et l'opposaient au lait artificiel.

E9 : Le lait maternisé est bien, mais ça vient quand même du lait de vache ! C'est pas le même mammifère donc... je... enfin, je voulais vraiment le mieux pour lui pour démarrer dans la vie.

E14 : Et je ne pouvais pas concevoir qu'une vache puisse nourrir mon enfant. C'est pas possible, enfin j'veux dire... Pour moi, une vache ça... ça nourrit son veau. Ça nourrit pas un p'tit bébé, un p'tit humain. Donc voilà, pour moi un humain c'est fait... 'fin voilà, il est nourri par sa mère.

- Elles étaient parfois influencées par un « **modèle familial** » ou **culturel d'allaitement** sans pression ressentie.

E14 : Alors dans ma famille, tout le monde allaitait. Toutes mes sœurs ont allaité. Alors du coup, je m'suis dit « bon bah, j'vais allaiter ».

E5 : C'était aussi quelque chose d'important pour mon mari, que pour toute la famille, on est tous dans cet esprit.

- D'autres participantes étaient hésitantes avant la grossesse mais plutôt favorables à l'allaitement :

Elles étaient partagées entre des **freins culturels/familiaux et leurs connaissances des bienfaits** de l'allaitement :

E10 : C'est quand on a commencé à parler bébé avec mon mari, j'me suis dit « ouais... ce serait p't-être bien l'allaitement. Bon, lui il est dans une famille de...(métier), ... Alors tu croirais qu'ils sont à fond pour l'allaitement, mais en fait, non, c'est des gens très réservés, très gênés, et l'allaitement c'est un peu « beurk ». Donc j'étais pas trop... Donc voilà. Début de projet bébé, oui pourquoi pas mais pas plus que ça. Puis moi avec les cours, j'me suis dit « si, quand même, l'allaitement c'est pas mal pour un bébé ».

Le désir et la décision d'allaiter pouvaient naître secondairement pendant la grossesse, comme un « **déclic** » et elles avaient une **évidence** à allaiter.

E10 : Début de projet bébé, oui pourquoi pas mais pas plus que ça. Et je sais pas pourquoi, là je sais pas l'expliquer, pendant que j'étais enceinte, j'me suis dit « si, 'fin ... c'est une évidence quoi, il faut que j'l'allaiter ! ».

- Parfois elles étaient hésitantes et se disaient, avant la grossesse, qu'elles n'allaiteraient probablement pas ou ne désiraient pas allaiter, à cause de **freins à l'allaitement**.

E16 : Fin, moi j'étais pas pro-allaitement du tout, donc déjà je... je... 'fin, je... je... j'avais jamais voulu allaiter.

E11 : L'allaitement j'étais partie dans cette idée, dans le sens... en fait, c'est quelque chose que j'avais pas envisagé au début de ma grossesse.

Elles pouvaient avoir des **réticences personnelles ou culturelles à allaiter** :

- Par rapport au contact avec les seins :

E16 : La... déjà la... par rapport à la poitrine. 'fin... Moi j'suis pas du tout à l'aise avec ma poitrine, 'fin... Je trouve pas ça agréable du tout qu'on m'touche la poitrine... Donc me dire qu'en plus c'était un... un bébé qui allait téter fort sur ma poitrine, ça me plaisait pas du tout !

E12 : Et puis, j'sais pas, j'avais le rapport à... à la poitrine, pas forcément envie que ma fille ou mon fils euh... voilà tête mon sein.

- Par rapport à l'organisation :

E11 : J'voulais pas allaiter au début. Parce que j'me suis dit « wouah, ça va être trop compliqué à mettre en place ».

- Par rapport à la stigmatisation sociale de la mère nourricière :

E2 : J'ai pas plus souhaité que ça en fait. (...) Je n'aime pas cette image de la femme, de vache allaitante...

- Par rapport à l'expérience professionnelle négative :

E12 : Donc on entend « allaitement, allaitement ». Moi j'ai vu beaucoup de... de femmes perdre pieds pendant leur allaitement à la mat' et... mais vriller... et être très angoissées. Donc j'avais dit « houla, moi, probablement que j'allaiterai pas ». Parce que, quand j'voyais les femmes pleurer pleurer, ça me (...) J'avais pas du tout envie de ça.

Elles évoquaient parfois secondairement **l'absence de modèle d'allaitement** dans la famille ou l'entourage:

E16 : C'était pas du tout inné. J'me suis jamais dit... Au contraire, vu que... En plus ma mère m'avait pas allaitée, donc, elle a pas... j'ai pas forcément d'expérience. Personne dans ma famille n'a trop allaité euh... J'ai pas... d'entourage qui allaitait donc pff... J'avais pas forcément d'envie, voilà.

Elles avaient en plus généralement **confiance en le lait artificiel**.

E16 : j'savais aussi que les laits artificiels, moi ça m'dérangerait pas, voilà, j'avais pas ce côté de m'dire « le lait artificiel c'était mauvais, que voilà », moi pas du tout, je... 'fin... moi mon point de vue c'était que c'était bien aussi, que maintenant c'était très bien

Certaines se décidaient finalement à allaiter : pour **la santé de l'enfant avant tout**.

E12 : Mais c'est vrai que pendant la grossesse, ça a fait son chemin. J'me suis dit que c'était pour le bien-être de ma fille avant tout, que j'essaierai !

D'autres évoquaient une **pression sociale** à allaiter de la part du mari, de la maternité ou une peur du regard des collègues médecins.

E2 : Ben je ne voulais pas allaiter.. (rires...) Un peu forcée par le papa (...) Alors est-ce que c'est vraiment à la naissance ?... Je dirais plutôt vers la fin de la grossesse. (...) Bon voilà, j'étais un peu... forcée, donc je me suis dit j'irai et puis à la salle d'accouchement aussi où... Où on ne nous laisse pas tant le choix que ça, euh... On nous donne le bébé sur le bras et voilà... (...) même au bloc d'accouchement, t'as l'impression d'avoir cette pression... Et puis même en fait, t'as l'impression d'avoir cette pression... d'être mal regardée, si tu n'allaites pas en fait. Même pour les cours de prépa

à la naissance, on te demande si t'allaites, ou pas. Et... et ben finalement... Est ce qu'on doit vraiment nous le demander, je sais pas. Parce que tu te sens... enfin... oui t'as l'impression d'être jugée en fait.

E16 : Et puis le fait de devenir (médecin spécialiste), depuis quelques... voilà, quelques... mois, j'm'étais dit « bah non, c'est super d'allaiter, c'est très bon pour l'enfant », mais vraiment que pour l'enfant, moi j'avais pas du tout envie. Et puis du coup, j'me suis un p'tit peu forcée à allaiter en m'disant que ça serait mieux pour lui.

E16 : Le fait d'être (médecin spécialiste) et de voir aussi que tous les médecins autour de moi avaient tous allaité, tous les... toutes les femmes médecin, tout le monde avait allaité. Et j'pense qu'ils comprendraient pas qu'on n'allait pas quand on est (médecin spécialiste) alors qu'on sait tous les bénéfices que ça a sur la santé du bébé. Du coup ça m'a mis un p'tit peu la pression et j'me suis dit « bah faut que j'essaye ».

Un objectif d'allaitement mal défini

Malgré l'évidence fréquente, l'objectif d'allaitement était **vague**.

Il n'y avait le plus souvent aucune durée définie.

E4 : J'ai fait l'allaitement que j'avais envie. Je ne savais pas combien de temps j'allais le faire.

- Elles voulaient « essayer, sans se mettre de pression ».

E7 : J'me suis pas posée la question en fait. J'me suis dit... ça... ça allait de soi, au moins essayer quoi, je... je me suis pas dit « j'vais allaiter pendant 2 ans » ou « j'allaiterai pendant 6 mois »

- Elles exprimaient parfois des **craintes** que l'allaitement ne « marche pas » ou qu'il ne leur plaise pas.

E6 : Je me suis toujours dit, si je peux je le fais. Mais sans me mettre de pression. C'est-à-dire, je me suis dit que j'ai une de mes sœurs qui n'a pas pu, une de mes sœurs qui a pu allaiter, l'autre qui n'a pas pu, donc je ne m'étais pas mis de pression. Je me suis dit « allez, on essaie, si ça marche tant mieux, si ça ne marche pas, il y a d'autres solutions.

E7 : Après il y a une certaine pression je trouve, c'est vrai qu'on entend si ça marche, si ça marche pas et tout ça. Du coup je me suis dit j'allaiterai et on verra bien.

E11 : Mais moi je m'étais dit, c'est quelque chose que j'envisage, sans me prendre la tête. Si jamais ça se passe bien, je fais, si ça se passe pas bien, je fais pas.

E12 : Et que... si ça m'plaisait pas, bah j'arrêterai. Puis finalement, ça m'a pas déplu. Si ça m'faisait trop mal, j'm'étais dit aussi que j'arrêterai en fait. Donc j'm'étais dit en fait que j'me mettrai aucune pression. Qu'à partir du moment où y'aura un truc qui me plairait pas, j'arrêterai.

- Parfois elles prévoient quand même un objectif de six mois d'allaitement dès le départ, mais pour des raisons différentes.
 - o « jusqu'à la diversification »

E15 : Ben j'm'étais dit, ouais, j'aurais bien aimé 6 mois. Ou moins... (marmonne) ça aurait pu être moins... Enfin j'sais pas pourquoi 6 mois... ! (rires)... J'm'étais dit 6 mois ça serait pas mal, euh bon... Parce bon y'aurait la diversification qui serait déjà un peu amorcée et tout.

- o « comme les recommandations »

E12 : c'est par rapport aux... voilà, aux critères OMS. Voilà, qui disent que jusqu'à 6 mois, c'est super bien pour le bébé l'allaitement. Donc c'était ça mon objectif.

- « pour la santé de l'enfant »

E5 : Pour moi un bon allaitement, d'un point de vue santé, il faut au moins 6 mois quoi. 6 mois, c'est juste au moment où on dit que la diversification intervenait et... Pour moi, 6 mois c'est bien. Et allaiter au-delà de 6 mois, aller jusqu'à 1 an, c'est encore top !

- Parfois elles se fixaient plutôt une limite :
 - « jusqu'à la reprise »

E3 : j'avais décidé que j'allaitais jusqu'à... jusqu'à ce que je reprenne le boulot et en fait je l'ai fait par étape.

E10 : Au début je m'étais fixée 3 mois. Avant la reprise de l'internat.

- « pas après 6 mois ».

E12 : Et donc j'avais aucune envie d'aller plus loin de 6 mois. Donc c'était mon objectif, 6 mois. Voilà. Ça s'est pas fait. C'est essentiellement pour ça que j voulais pas aller au-delà de 6 mois... Je suis respectueuse de toutes les femmes qui allaitent au-delà de 6 mois et... j'trouve ça très beau. Mais déjà, pour moi 6 mois, j'trouvais que c'était... que c'était bien... vu que... c'était pas euh... un immense plaisir, ni un immense objectif... de base, en fait.

- Celles qui avaient allaité longtemps n'avaient initialement pas prévu d'allaiter longtemps.

E4 : Je ne pensais pas allaiter aussi longtemps et puis en fait tout s'est bien passé donc... Voilà j'ai continué.

Une participante évoquait un manque de motivation au départ.

E10 : Sauf que moi, mon objectif c'est pas 3 mois ! (rires) C'était bien plus long que ça ! 'fin, en fait au début j'avais pas forcément de motivation, mais une fois qu'on est dedans...c'est comme une drogue.

- Pour le deuxième ou le troisième enfant, elles se fixaient un objectif plus long.

E5 : Je me dis que si ça va au-delà des 1 an, ça serait bien, parce que jusqu'à présent, je suis allée... 8 mois... 10 mois... Donc je me dis que si j'arrivais un peu à passer le cap des un an ce serait un record !

E1 : J'essaierai de pousser jusqu'à 6 mois pour le prochain, mais un an je pense que ce serait trop.

Modalités : partiel ou exclusif ?

Elles prévoyaient parfois d'allaiter partiellement :

- dès le départ pour **faire participer le papa**.

E6 : je m'étais dit que de toutes manières, moi je voulais quand même au départ euh... pas faire de l'allaitement exclusif, je voulais que le papa puisse participer. Donc donner un petit biberon, voilà.

- à la reprise, après un allaitement exclusif.

E8 : Si je m'étais dit, j'aimerais bien 6 mois. (...) Mais après... moi dans ma tête je me disais « bon, voilà, puis je reprendrai avec un allaitement... mixte »

La préparation à l'allaitement

- La plupart des internes avaient retenu **les bienfaits de l'allaitement pour la santé de l'enfant et de la femme dans les cours de médecine sur l'allaitement.**

E10 : puis moi avec les cours, j'me suis dit « si, quand même, l'allaitement c'est pas mal pour un bébé ».

E15 : Je sais quand on a parlé d'allaitement tout ça, sur les cours, j'me suis dit ben... carrément !

- Une interne s'étonnait de **ne jamais avoir eu** de cours sur l'allaitement.

E1 : j'ai eu aucun cours sur l'allaitement maternel durant tout mon cursus

- Une autre interne avait retenu qu'il valait mieux **ne pas se forcer** à allaiter :

E2 : On nous tient pendant les cours, qu'il vaut mieux un biberon donné avec amour qu'un sein donné par dépit.

- Certaines avaient fait une **préparation à l'allaitement** : pendant des cours de préparation à l'accouchement ou pendant le suivi de la MAP à domicile.

E9 : J'ai une sage-femme qui... j'ai fait de l'haptonomie ! pendant ma grossesse. Et puis qui m'a aussi encadré sur l'allaitement pendant la grossesse... le déroulement etcetera.

E10 : Donc nous on faisait des « cours » entre guillemets sur l'allaitement, chez moi pendant qu'elle me faisait les ERCF là. On parlait d'allaitement et donc j'te dis, elle me di... elle me donnait des p'tites bases, et oui, ça m'donnait de plus en plus envie parce que ça... ça semblait, 'fin ... naturel quoi.

- Une interne avait participé à des **ateliers** en plus sur l'allaitement avec d'autres mamans dans une clinique.

E3 On a eu des ateliers aussi à la clinique X, on a eu un atelier sur l'allaitement avant puis un atelier sur l'allaitement après, pareil on a pu échanger avec d'autres mamans. Ça m'a pas aidé en soi car je n'avais pas trop de problèmes à ce moment, c'est venu après.

- Les livres sur l'allaitement : Une interne était stressée d'allaiter et se préparait en lisant **un livre sur l'allaitement.**

E4 : Et puis c'est vrai que par rapport à l'allaitement, j'étais un peu stressée, j'avais lu un livre qui était très bien, c'est Marie Thirion l'allaitement.

3. Allaitement et parentalité

a. Être mères et médecins

Des mères avant tout.

Que l'allaitement se passe bien ou non, elles avaient souvent besoin d'être considérées comme des **mères ordinaires** et d'être **rassurées** sur le bon déroulement de l'allaitement. Elles voulaient qu'on leur **explique** et qu'on leur **montre** comment s'y prendre :

E16 : Et puis en rentrant dans la chambre, j'pense qu'elles ont vu (médecin) elles se sont dit que... je savais faire, mais je savais pas du tout faire. Donc j'leur ai demandé, elles m'ont montré en... 2 secondes chrono comment allaiter, en... en m'pressant l'sein et en m'faisant très mal pour... faire sortir le téton, alors que j'y arrivais pas.

E12 : J'avais dit à personne que j'étais sage-femme hein, pendant l'accouchement. J'voulais pas qu'on... qu'on... qu'on m'explique pas, 'fin, parce que... voilà, c'est un moment spécial de la vie. J'voulais pas qu'on m'explique pas et j'voulais pas qu'on n'explique pas aussi à mon compagnon, parce qu'on... on allait dire « ouais, elle pourra lui expliquer » ou je n'sais pas.

Vécu du démarrage de l'allaitement.

Si pour certaines le démarrage était simple, pour la plupart il pouvait être compliqué. Quand le démarrage se faisait facilement, **l'absence de complication pouvait être vécue comme un soulagement** :

E8 : Et là j'ai trouvé ça magique parce que c'était... très naturel. Et pour mon premier, je m'en rappelle pas trop au réveil, je me rappelle surtout le lendemain. Et le... le soulagement un peu, que ça se passe si facilement en fait.

E15 : 'fin, dès... dès l'début, ouais, toujours bien tété... Non, mais surtout... 'fin... J'ai pas eu de complications, j'ai pas eu d'engorgement, j'ai pas eu de crevasse, j'ai pas eu tout ça...

Certaines allaitaient « **naturellement** », d'autres n'avaient **pas de doute sur la technique**.

E12 : Bah.. la mise au sein, moi j'avais aucun doute sur le fait... la technique, hein. Ça s'passait bien. Elle t'était bien. J'ai pas du tout eu de problème... de bout d'sein, rien du tout.

E14 : Rien à dire donc oui. On m'a dit qu'il fallait qu'il soit bien ventre à ventre, la bouche bien ouverte, le nez retroussé, les lèvres machin, pff, ça s'est fait hein. J'me suis vraiment jamais posé de question.

Le démarrage de l'allaitement était plus souvent **compliqué** et pouvait être **angoissant**.

E6 : C'est important de le dire, parce que les premiers jours à la maternité ont été très difficiles

E11 : Les débuts de l'allaitement ont été super angoissants pour moi.

Le stress du démarrage s'ajoutait au stress de l'**absence d'expérience antérieure** pour le premier enfant :

E15 : Puis voilà, puis le stress aussi qu'elle soit là, comment faire et tout... 'fin, la première, c'est toujours un peu délicat, tu sais pas... Tu sais pas c'qu'il faut faire, si tu fais bien et tout ça.

Les difficultés de l'allaitement s'ajoutaient à celles rencontrées par l'interne en **suites de couches** et parfois aux **complications médicales du nouveau-né** qui pouvaient elles-mêmes causer des soucis pour l'allaitement. Ces difficultés n'étaient pas vécues de la même manière et n'avaient pas les mêmes répercussions selon la **confiance** de l'interne en son allaitement et **sa motivation** pour continuer ou pas.

- Elles étaient parfois étonnées des **douleurs** :

E5 : Donc ça a été mis en place et puis c'était une expérience un peu difficile au début. Parce que... Bon, on m'avait parlé de douleurs, des choses comme ça, mais bon de le vivre, c'était encore plus difficile.

E12 : Après, j'avoue que si on m'avait dit au début que ça ferait si mal d'allaiter, j'ai trouvé ça quand même douloureux les prem... les tro... deux premières semaines, j'ai trouvé ça douloureux. Engorgement sur engorgement, j'ai trouvé ça pas cool ! (rire) Et j'm'étais dit... « wouah, mais c'est pas possible !... C'est pas possible !

E3 : Je savais pas que c'était aussi dur. Tout le monde parle de l'allaitement euh... je pense que c'est fait un peu exprès pour encourager l'allaitement mais euh... honnêtement un allaitement prolongé c'est dur quoi. Même au début quand t'as les seins qui te font mal...

Ces douleurs étaient parfois dues à des complications mammaires, mais elles ne se vraient pas l'enfant pour autant.

E9 : J'ai eu quand même euh... pendant 1 mois, bon ça on oublie vite quand même (rires), une énorme crevasse au sein, oui. (...) Pendant un bon mois !... Qui était un peu compliqué, ça me faisait terriblement, terriblement mal. Je... c'était vraiment euh... pas beau du tout à voir et puis bah... j'étais vraiment, vraiment très très motivée pour allaiter donc... donc j'ai continué malgré tout, et puis au final c'est rentré dans l'ordre.

E16 : j'me disais « ben finalement ça fait pas assez mal... ça fait, ben ça fait pas mal, j'peux continuer ». Et en fait, la fois où il a vraiment tété, j'ai eu très très mal. Et ça m'a... j'pense, ça m'a coupé toute envie de l'allaiter. Mais sauf que... il... 'fin... il fallait... 'fin, j'me... J'me disais qu'il fallait encore que j'allaiter, parce que, quand même, il fallait au moins qu'il ait... des semaines... d'allaitement pour lui

- La **fatigue** pouvait parfois leur faire remettre en cause leur capacité à s'occuper de l'enfant et à allaiter.

E8 : Je crois que j'ai jamais été aussi fatiguée de ma vie. Et du coup, 'fin, les 12-24 premières heures, j'étais incapable de m'occuper de mon bébé quoi. Du coup ça c'était un peu dommage. Et puis j'ai eu peur du coup que l'allaitement ne se mette pas en place.

E6 : Parce que j'ai vraiment, je suis sincèrement convaincue que s'il n'y avait pas eu cette fatigue physique, j'aurais pu mener mieux euh.. mon allaitement, enfin voilà.

- La **prise de poids** était une des principales préoccupations de ces jeunes mamans. Le vécu de l'insuffisance de prise pondérale était différent selon **sa gravité, sa cause et la confiance** de l'interne en son allaitement :

E10 : De toute façon, moi j'avais complètement paniqué, premier bébé, tu parles. En plus tu vois qu'il prend pas de poids, tu t'dis que t'es... t'es une merde ! (rires) Puis en fait, non, c'est juste que t'es infectée, donc tant mieux ! (rires)

E4 : C'est vrai que vu qu'elle ne prenait pas, les 2 premiers jours on ne m'a pas dit trop grand-chose et puis, ouais, je crois qu'on m'avait dit de mettre juste un sein, puis 3h après l'autre sein. Et puis finalement au bout de 2 jours, ils ont un peu paniqué puisqu'ils voyaient qu'elle ne remontait pas, donc là c'était un peu le branle-bas bas de combat. Voilà, ils ont voulu mettre du lait artificiel, alors moi j'étais un petit peu butée! Je pense un peu trop, au début j'étais un petit peu sur la défensive... Je voulais pas... Je voulais pas qu'on essaie.

E11 : Sachant qu'en plus, sa courbe de poids chutait, il perdait pas loin des 10% de perte de poids. (...) J'avoue que ça m'avait beaucoup, beaucoup fait stresser. (...) J'avais beaucoup de mal à verbaliser ma pensée, à dire ce que j'avais besoin de savoir. Et du coup... Voilà. Et en fait, un soir, il y a une dame qui nous a écoutés et qui... 'fin moi j'lui disais « mais on peut pas lui donner un biberon ? Juste un biberon quoi ? », qui en fait était beaucoup plus flexible, qui a compris les choses et qui du coup nous a proposé un allaitement mixte.

- Parfois elles pensaient manquer de lait :

E6 : Et simplement, j'ai mis la petite au sein, on l'a mise au sein, elle tétait bien, aucun souci. Donc elle prenait bien le sein, pas de problème. Simplement, on la mettait dans son berceau et en fait au bout de une heure elle se réveillait. Elle dormait très très peu, ce qui était très fatiguant pour moi et pour Thomas. Et ce qui fait que je n'ai pas eu cette montée de lait que tout le monde a. (...) En plus elle avait repris du poids. Donc bon, je pense que, voilà, ils se sont dit qu'elle avait repris du poids, qu'elle tétait bien. Moi la sage-femme me disait qu'elle tétait bien, qu'elle prenait bien, voilà. Euh... Mais j'ai pas euh, vraiment, cette sensation d'avoir les seins douloureux euh... voilà, où on est obligée des fois de... de vider le lait tellement on a mal.

Quand elles **doutaient de leur capacité à allaiter**, elles se **battaient parfois avec leurs connaissances** médicales qui ne les aidaient pas à lâcher prise.

E16 : Même si... j'suis (médecin spécialiste) et que je sais m'occuper des enfants, c'est pas pareil quand c'est le sien, ça n'a rien à voir.

E16: Et puis le côté (médecin spécialiste) dans le sens où... voilà, j'étais attentive au moindre signe, s'il allait pas bien euh... En m'disant que depuis que... que j'faisais mal, que, voilà... quand je voyais des enfants, voilà, qui tétaient très bien et que du coup, qui grossissaient bien. Moi le mien n'a pas eu de problème pour grossir, mais j'me prenais la tête tout le temps pour savoir si... combien il prenait, vu que j'tirais mon lait et que j'tirais rien du tout, j'voyais très bien qu'il prenait des quantités très pauvres et que du coup ça m'inquiétait pas mal.

E15 : J'me demandais si ça fonctionnait bien, si... pourquoi elle ne tétait pas bien le soir. Est-ce que c'était vraiment ça qu'elle voulait et en fait, ouais, c'est juste qu'elle était trop fatiguée et que je l'avais pas comprise. Mais, oui, oui, 'fin après... Comme toujours, en se réveillant en pleine nuit à 4h du mat' (rires), on s'pose toujours plein de questions ! Qu'est-ce qu'il se passe ? Comment euh... Surtout en étant en médecine euh... Tu te... Tu connais... tu connais toutes les possibilités qui a, alors bon, 'fin... Tu penses direct aux maladies les plus graves ! (rires) C'est horrible !(...) Non, mais tu

vois j'ai fait le tour quoi ! J'ai refait le tour, j'pensais au RGO, j'pensais à tout ça, 'fin... Donc euh... J'ai refait le tour. J'ai même... une fois j'ai même dû ressortir mes bouquins de pédiatris ! (rires)

Devant l'insuffisance de lait ressentie, sans perte de poids associée, elles avaient parfois besoin **de contrôler les quantités** et donnaient des compléments de lait tiré ou artificiel.

E16 : Donc j'ai dit « on peut essayer de lui donner un bib artificiel, moi ça me... ça me stresse » (...). J'ai essayé de lui en donner mais il prenait pas plus finalement, c'est juste qu'il savait pas téter quoi. Et euh... Donc en voyant qu'il prenait pas plus, j'me suis dit « bah c'que j'vais essayer d'faire, c'est d'aller tirer mon lait ! » Au début j'ai rien eu du tout, donc j'étais encore... (soupire) frustrée, même pas une goutte, rien du tout. Et puis... puis finalement, au 2^{ème} jour j'ai commencé à tirer un tout p'tit peu de lait, au fur et à mesure, mais j'complétais quand même avec les biberons parce que j'avais rien et que ça m'stressait. Alors que... finalement... il allait bien, et peut-être que j'aurais pu continuer l'allaitement... normalement. Et puis là... 'fin i... il a perdu du poids, mais tout de suite repris du poids.

b. Etre mères et femmes

Relation mère-enfant

L'allaitement comme moyen de maternage en plus de l'alimentation ?

- Des internes appréciaient ce sentiment d'être les **seules à pouvoir nourrir et apaiser l'enfant**. Elles n'étaient pas gênées de le nourrir et lui apporter du réconfort.

E5 : Un lien spécial avec ton enfant, enfin... Il n'y a que toi qui le nourrit au début t'es, t'es, enfin... Et puis pour les mères, l'alimentation de son enfant est un lien un peu particulier. Mais c'est vrai que l'alimentation elle prend une grande part et puis...

Pour elles, l'allaitement avait **quelque chose de plus** que le biberon de lait artificiel.

E5 : Il n'y a pas dans l'alimentation que le fait de donner à manger, il y a aussi tout le lien qui se crée autour. (...) Et voilà, c'est quelque chose de positif parce que... parce qu'on prend le temps, on a un contact avec son enfant, il regarde, il est là et on est les yeux dans les yeux et on a un moment privilégie, quoi, c'est euh... avec un biberon, on n'a pas ça. On n'a pas ça, c'est rapide, c'est pff... C'est voilà, si on peut le filer à quelqu'un d'autre, il peut le faire.

Elles avaient l'impression de prolonger le **lien fusionnel** de la grossesse.

E9 : C'est comme si on avait le cordon ombilical qui, qui, qui était encore là pendant le temps de l'allaitement en fait.

Elles utilisaient l'allaitement pour répondre aux besoins de l'enfant et prendre de l'assurance dans la parentalité : **elles apprenaient à comprendre l'enfant et à devenir mamans**.

E10 : En fait, on apprend à être maman, 'fin... Tu... tu sais pas comment faire mais... au final, plus il grandit, plus tu vois qu'il prend du poids, tu te dis « ben c'est bon... tu dois pas être trop nulle ! »

E8 : C'est pas seulement une sensation de se sentir utile, c'est pas juste répondre à un besoin, c'est euh... il y a probablement ça, mais il y a vraiment pas que ça. Parce que... Parce que s'il y avait juste ce besoin d'être utile, il y a plein de choses que j'aurais pas fait. mais non y'a... Parce que, par exemple, 'fin je sais pas moi si j'avais juste besoin d'être utile, je l'aurais allaité pile 6 mois et puis à

6 mois je me serais arrêtée ! (rires) Mais euh... Non en fait, j'avais besoin de... de ce lien en fait. De cette relation un peu particulière.

E14 : Période de stress, on sait pas pourquoi est-ce qu'il fait ça, pourquoi est-ce qu'il fait ci, pourquoi... Mais bon après on s'y fait, on l'prend, on câline et puis... et puis, et puis voilà ! Puis après c'est le... y'a le lien qui se, qui se crée et puis... (silence) Et puis... Et puis ça... et puis voilà. On s'connait et puis voilà.

- D'autres internes vivaient **mal cette demande de disponibilité permanente** à laquelle elles n'étaient pas préparées.

E1 : Et moi je ne pouvais pas me reposer, enfin je n'avais jamais de moment off quoi... C'était... Epuisant.

E11 : L'avoir 7 heures d'affilée par jour, ou plus, sur soi... dans des positions complètement bloquées, au bout d'un moment, parfois, j'me disais « non, mais là ça va finir par être... délétère, parce que moi j'y ai pu trop de plaisir, lui va le ressentir et c'est pas bon (...) Donc... quand on en a 7 par jour !... j'avoue que le biberon du soir me faisait beaucoup de bien ! (rire) Et que sans ça, j'pense que j'aurais pas tenu aussi.

E11 : Y'avait quand même un côté très très contraignant. Après, pas... pour soi c'est pas forcément in... invivable quoi, 'fin, dans le sens où c'est pas forcément vécu négativement. J'ai pas vécu négativement, en tout cas au début. Au bout d'un mois euh... j'commençais à étouffer une p'tit peu quoi. Parce que du coup, ça me restreignait pour beaucoup de choses et c'est bête, mais on est dans une société où tout va très vite, et on a envie de refaire des choses, de retourner à sa vie

Elles n'appréciaient **pas le lien fusionnel** de l'allaitement

E2 : Ça s'est très bien passé sur le plan physiologique, sur le plan psychologique... ce côté fusionnel... Je ne referai pas

L'allaitement comme un plaisir partagé ?

- Parfois elles ressentaient un **bien être** en allaitant, partageaient des **émotions positives**.

E10 pour moi l'allaitement c'est... c'est devenu complètement une drogue. J'ai une sensation de bien-être quand il est en train de téter !

E5 : Par contre ce contact-là, il est différent. On a un contact physique assez intime et ça provoque des choses. Il y a des sensations, des sentiments, il y a... je pense que toutes les mamans, elles ont des sentiments pour leurs enfants, mais l'allaitement, un peu plus. Il y a quelque chose de plus qui passe. Il y a un plus. Et euh... Voilà, c'est apaisant, c'est... On est connectés, puis... Il y a plus de... On ressent plus... L'un ressent plus les sensations de l'autre

- D'autres fois, elles ne ressentaient **aucun plaisir** à allaiter et s'inquiétaient de communiquer des **émotions négatives, du stress au bébé**.

E12: A aucun moment j'me suis dit en fait que ça allait m'plaire. (...) Et puis en fait ça m'a jamais déplu. J'dis pas que ça m'a plu, mais ça m'a pas déplu. Voilà. Pas forcément de plaisir..

E16 : Ca avait plutôt un impact négatif, j'pense, parce que j'ai tellement stressé que... J'pense que ça se ressentait pour... pour lui... il devait ressentir que je stressais

Activités de loisirs, vie sociale en dehors de l'enfant

Les internes qui allaitaient avaient souvent des difficultés à sortir sans l'enfant et **culpabilisaient de devoir le laisser** pour aller à des activités de loisirs ou des sorties :

E9 : Une autre organisation qui était compliquée : je fais des spectacles du coup, enfin des répétitions tous les vendredis soir, et que quand je suis rentrée de la maternité, j'avais toujours des spectacles le vendredi soir. Et que, quand on est engagée sur un spectacle, on peut pas trop... donc il a fallu gérer, on va dire, l'allaitement chez un bébé tout jeune... et partir les vendredis soirs.

E7 : J'ai toujours été là et je ne l'ai pas laissé une nuit parce que je l'allaitais et tout ça et j'ai dû faire l'enterrement de vie de jeune fille d'une amie du coup au mois d'août et du coup c'était en rando tout ça un week end du coup j'ai pris un tire lait manuel et j'ai tiré mon lait. (Rires) Ben ouais parce que je voulais pas que ça s'arrête en fait. Au début j'avais prévu et je me suis dit ben peut être que ça s'arrêtera là mais j'en avais pas envie. Alors j'ai tiré mon lait malheureusement j'ai dû jeter mon lait, ça me faisait mal au cœur mais voilà...

Elles se posaient la question de poursuivre ou non l'activité de loisirs compte tenu des difficultés mais elles en avaient **besoin pour s'épanouir** en dehors de la dyade.

E9 : Mais après c'est vrai aussi que... forcément, à un moment donné on s'est posé la question quand il était tout petit, est-ce que j'arrête... mon association, mes répétitions etcetera, après je pense que dans l'équilibre d'une femme aussi c'est important qu'elle ait son côté maman mais... d'autres activités pour sortir un peu de tout ça. C'était mon moment à moi le vendredi soir.

Ce n'était **pas un choix facile** et elles culpabilisaient de laisser l'enfant.

E9 : Donc j'ai continué quand même en me disant « bah voilà ». C'était pas facile quand même, parce que quand il pleurait pendant des heures... on se sent pas bien. Puis on se sent un peu... j'me dit « ho la la, je l'abandonne » etcetera. Mais j'peux pas être là 24 heures sur 24... 7 jours sur 7, tout le temps ! 'fin... (rires) Y'a... voilà. Faut qu'il apprenne, petit à petit, à... à faire sans sa maman un p'tit peu quoi ! (...) Mais... Du coup, non, c'était pas... c'était pas évident.

Un sevrage libérateur ou non ?

Parfois le sevrage était bien vécu lorsqu'il faisait suite à une **complication physique** de la mère ou quand elle **s'isolait pour allaiter par pudeur**.

E16 : C'est pas une grosse déception... J'étais plus inquiète pour ma santé à moi cette fois-ci, le fait que j'voyais que ça allait pas et que... Parce que j'avais jamais vraiment été malade hein (...). Et lui, il a pas du tout eu de problème à prendre le biberon, 'fin... le lait artificiel, il a tout de suite aimé. Il a pas eu de souci de goût ou quoi que ce soit. Ça c'était plutôt rassurant, il a continué à grossir pareil...

E11 : Et puis j'allais dire aussi que le fait de sevrer assez tôt, vu qu'on commençait à être un peu mobiles à partir du 1er mois, euh... voilà, le fait d'être euh... dans un espace avec pleins de gens et tout et de faire son allaitement, sachant que c'est des tétées d'une heure et demi, c'était pas forcément très pratique !

Parfois la décision de sevrage se faisait à **contre cœur pour le « bien être de l'enfant »** et s'accompagnait alors de regrets du côté de la mère.

E15 : Euh, ouais... Et puis euh... (voix tremblotante, elle pleure) Et puis là, Jean il m'dit « bah vas-y, essaye de pas lui donner » et puis c'est ce que j'ai fait, puis elle a pris le biberon. On a discuté toutes les 2 juste avant, puis j'lui ai dit euh... J'lui ai dit que j'préfèrais qu'elle soit... que j'l'allaite plus mais... qu'elle soit pas malheureuse. Et... et voilà... J'suis désolée ! (Pleurs) (renifle) C'était... une période un peu... difficile (...) parce que, ben... Je sais que j'pouvais continuer et tout, parce que j'avais quand même beaucoup de lait et puis euh... Et puis, tu vois, si elle avait accepté de prendre le biberon, on aurait pu faire matin – soir, mais ça s'est pas passé comme ça, c'est pas grave !

E14 : Parce que c'était vraiment... J'étais plus capable de nourrir mon enfant, bref. Du coup je l'ai très très mal vécu. Et en fait, j'pense que j'avais envie, éventuellement, d'avoir un 2ème petit garçon à nourrir, enfin voilà. Peut-être à combler un peu un... manque, je sais pas, j'en sais rien. Bref. Du coup, le 2ème enfant est arrivé relativement vite après le sevrage.

E7 : Oui ça s'est fait progressivement et puis il a pris le lait. Pour le coup il mange tout il boit tout... il n'y a pas de voila... après c'était plus, c'est vrai que moi ça me manquait. Moi c'était difficile surtout la tétée du soir avec le rituel et tout ça, ben non ça s'est fait. De toute façon je n'avais plus assez sur la fin donc c'est vrai qu'il avait un peu du sein et un peu du biberon et au final il s'est fait...

Parfois **c'était la mère qui décidait** du sevrage seule mais ressentait que **l'enfant n'était pas prêt**.

E2 : Et puis bah comme ma fille refusait absolument catégoriquement le biberon, malgré à peu près huit marques de biberons différentes.. eh ben... J'ai passé une journée à la sevrer. (..)Voilà. Donc ça a été dur. Voilà. Ben en fait.. pff... J'ai laissé le papa au travail et puis moi j'ai passé ma journée à l'entendre pleurer et attendre qu'elle veuille bien prendre le biberon. Mais voilà, je me suis tenue au fait que je ne donnerai pas le sein. C'était dur hein.

E14 : J'ai commencé à sucrer un peu la tétée de 4h quand il était avec moi et puis... Et puis en fait... ouais, j'suis faite pour donner du lait... du, du... du sein... ça s'est calmé très vite. C'qui fait que je l'ai un peu allaité encore le... les vacances et puis un peu après. Et puis Lucas est devenu tellement insupportable pendant les vacances... Tellement insupportable et exigeant ! Incouchable et compagnie. A un moment donné, j'ai dit « stop, quoi ! Y'en a marre »... Et euh... Et j'ai dit « je continue jusqu'à ses 2 ans et après c'est fini Lucas, t'es grand ». Donc c'est moi qui ai fait le sevrage. Et il était pas du tout prêt.

Place du père

Le père était souvent mentionné pendant les entretiens.

Parfois le père avait **la même** place que la mère dans la relation avec l'enfant, **y compris pour l'alimentation**.

E11 : Pour moi c'est un projet de couple quoi, c'est pas un projet juste d'une maman quoi, 'fin... voilà, on est dans une société quand même assez moderne, on sait que la maman a une place, c'est sûr, super importante mais les cas de figures où la maman... décède ou autre, ben c'est pas pour autant que les enfants peuvent pas se développer donc... ça prouve bien que, n'importe qui dans l'entourage, peut avoir une place aussi, et doit avoir une place quoi.

E11 : Et le côté mixte, moi je trouvais ça très bien, parce que du coup moi j'avais cet échange-là avec lui et le papa avait aussi ces échanges avec lui, voilà.

E12 : Pendant l'allaitement quand même, j'tirais une fois mon lait, et j'le, j'lui laissais le donner. (...) Au biberon. Tous les... du début où j'ai eu ma montée de lait à... à la fin. Pour qu'il ait aussi un moment privilégié avec notre fille. Et euh... c'est surtout pour ça en fait. Parce que ça m'faisait pas du tout gagner du temps ! (rires)

D'autres fois, le père avait une place importante **en dehors de l'alimentation** et dans **la gestion du quotidien** pour aider l'interne à allaiter.

E9 : J'ai eu la chance aussi d'avoir un... un... un compagnon hyper présent, qui était tout à fait d'accord avec l'allaitement et qui était présent dans le sens où le temps que je pouvais passer à me reposer, parce qu'il faut quand même du repos, bah lui s'occupait de la maison derrière, donc tout ce qui est ménage, repassage, gestion etcetera, faire à manger, 'fin... Il était derrière pour gérer tout ça donc j'avais pas à gérer d'autres choses en fait.

E14 : On est une équipe. Mon... mon mari et moi. On fonctionne très bien. Y'a aucun... C'est pas untel fait machin, untel fait machin... Si, il y'a que lui qui sort les poubelles parce que j'ai horreur de faire ça. (...) Nous on devait faire à bouffer pour la nounou, préparer tous les repas en avance pour la nounou. Et ça on faisait euh... (pleurs d'enfant) Et ça on faisait ça tous les 2 à mer... 'fin... voilà. C'était vraiment l'équipe quoi.

Mais parfois le père avait du **mal à trouver sa place** par rapport à l'enfant au départ.

E9 : "Parce que c'est vrai, aussi, que l'allaitement les papas ils sont... ils sont... Lui il l'a vécu d'une façon pas... 'fin comment dire... Il était content parce qu'il n'avait pas à se lever la nuit ! (rires) Donc d'un côté ça l'arrangeait ! (rires) Mais d'un autre côté, c'est pas forcément... au début il l'a mal vécu en fait. Parce qu'il n'était pas dans la relation avec son bébé comme moi je pouvais l'être.

E8 : Euh, voilà mais après c'est vrai que (rires), une fois que ça allait mieux euh... ben lui je pense qu'il était un peu... pour le premier comme pour le deuxième, un peu démuni quoi, parce qu'il n'avait pas... 'fin, la place est plus difficile au papa à se faire quand y'a l'allaitement. Je pense. Et puis, c'est tellement simple pour la maman, 'fin moi je l'ai vécu comme ça, que... ben on n'a pas envie de se casser la tête quoi.

Plus le père avait un **métier à horaires fixes ou adaptables**, plus sa place était importante pour **s'occuper de l'enfant**.

E16 : C'est vrai, c'est plutôt lui qui s'adapte au fait que j'sois médecin que l'inverse ! (rire) Lui, il le vit très bien, 'fin il... ça le gênerait pas du tout de rester père au foyer pendant un certain temps et... il aime ça, y'a pas de problème.

E11 : J pense que c'est peut-être plus simple que par rapport à d'autres profils où t'as 2 personnes qui sont dans le milieu médical, avec des horaires très très longues. Parce que, ne serait-ce que pour la journée par exemple, moi le matin c'est heure fixe, le soir je sais jamais quand je sors. Et euh... Yann il sort à des heures fixes le soir.

Mais parfois le père avait des **contraintes liées à son travail** et était **absent**.

E10 : Et du coup, avec Alain, on... c'est une vie particulière, vivre avec un (métier), d'toute façon faut accepter de pas s'voir... On s'voit vite fait le matin, de 6h30 à 7h30 en gros, et le soir... ça dépend quand est-ce qu'il rentre, mais... 20h30 au minimum. Et puis des fois il rentrait à 22h. (...) Pas très présent et... voilà, je savais que... qu'il fallait que j'me débrouille. Donc c'est vrai que, comme Alain, 'fin... mon mari Alain, s'occupe pas trop de (Bébé), je gère toute seule. Donc en fait j'me coupe encore plus... Avant je gérais vraiment tout, donc là je gère tout plus le bébé quoi.

E7 : En fait il est (métier), il a lancé sa boîte il y a trois ans. Et du coup il travaille beaucoup beaucoup beaucoup, il voyage pas mal aussi et du coup on n'a pas fait encore de rentrée régulière. (...) c'est vrai que là maintenant il est plus souvent parti, mais c'est vrai qu'il est plus grand aussi...

Enfin, le père pouvait **encourager la mère à sevrer l'enfant**.

E16 : Mon mari m'disait « mais qu'est-ce que tu t'en fiches, on lui donne le biberon » mais alors moi j'étais... (rire) complètement là-dedans.

E14 : Mon mari pour le coup ne m'a pas du tout soutenue dans ma... Le soir même il fallait acheter une boîte de lait... de lait en poudre. Parce que c'était vraiment... J'étais plus capable de nourrir mon enfant, bref.

4. Rapport au travail.

a. La reprise de l'internat

Choix de poursuivre l'allaitement ou de sevrer :

- Des internes faisaient le choix de poursuivre l'allaitement exclusivement : elles ne **voulaient pas se forcer à arrêter ou le bien-être de l'enfant était leur priorité** :

E8 : J'avais pas envie de faire un sevrage... comme on disait, enfin... comment on disait... comme j'entendais avant, genre « il faut prévoir ton sevrage au moment » ou « commencer le sevrage au moment où tu commences à travailler parce qu'après c'est difficile... ». Moi j'avais pas envie de faire ça, et puis je ne me sentais pas du tout capable, j'étais très... fusionnelle (rire) avec mon bébé. Et euh.. J'avais pas du tout envie de me forcer ou le forcer à arrêter.

E1 : Si tu veux l'avantage du remplacement c'est que j'ai travaillé 15 jours (donc c'est pour ça qu'on a fait 4 mois et demi parce que j'ai commencé à travailler à trois mois et après j'ai arrêté de travailler pendant 15 jours donc je pouvais continuer l'allaitement. Je ne travaillais pas toutes les semaines, et pas tous les jours alors que le stage de l'internat c'est tous les jours tu vois. (...) pour moi il était prioritaire je savais que c'était pour son bien être, donc pour moi il était prioritaire, je ressentais la force de le faire.

- D'autres avaient préféré un allaitement partiel pour avoir **moins de contraintes** :

E3 : Surtout qu'il t'était quatre fois par jour donc ça voulait dire qu'il fallait que je prenne deux ou trois pauses dans la journée, et puis ça voulait dire se trimbaler le tire lait toute la journée, se... prendre de quoi conserver le lait pour le donner ensuite le lendemain donc j'ai préféré euh... lui donner des biberons la journée et allaiter juste matin et soir. C'était un bon compromis pour moi dans le sens où du coup euh je continuais à allaiter en n'ayant pas trop de contrainte pour le travail quoi.

- Enfin certaines avaient décidé d'effectuer le **sevrage : elles ne s'imaginaient pas allaiter en travaillant**.

E5 : Le sevrage s'est fait un peu progressivement autour du mois d'octobre et ça tombait bien puisqu'au mois de novembre j'avais attaqué l'internat. Et c'était un petit peu une angoisse d'allaiter pendant l'internat, parce que comme l'internat c'était un facteur de stress, du coup, l'allaitement aussi, par la même occasion. Je pense qu'à ce moment-là je ne savais pas trop si je pouvais gérer les 2, alors du coup... De toute façon, mon projet c'était de l'allaiter jusqu'au début de mon internat et de commencer mon internat tranquillement.

E11 : Parce qu'en plus, je savais qu'en reprenant le boulot à 2 mois, je pourrai pas... assurer et l'allaitement, et le travail tout ça. Et le côté... horaires pas stables avec un bébé qui a faim à heures fixe, parce que lui il est assez régulier quand même euh... 'fin voilà, j'trouvais ça pas sécuritaire.

E6 : Et puis comme je savais que j'avais la reprise de mon travail, je crois que ça s'est vraiment fait la semaine avant. J'ai dû dire « allez... » J'avais vraiment espacé les tétées. Petit à petit j'ai fait le sevrage, en me disant, en ayant fait un petit peu mon deuil de l'allaitement en disant « de toutes façons je vais reprendre mon travail »

Moment du choix :

Souvent la décision de continuer à la reprise était prise **tardivement**.

E3 : Là j'avais décidé que j'allaitais jusqu'à... jusqu'à ce que je reprenne le boulot et en fait je l'ai fait par étape. C'est-à-dire que, quand j'ai voulu arrêter avant de reprendre le boulot, je me suis dit « bon allez, maintenant tu tiens jusqu'à ce que tu reprennes le boulot ». Et puis au moment de reprendre le boulot euh... Je me suis dit « bon, allez, t'es, t'es... ce serait dommage d'arrêter maintenant parce que euh... t'as... tu vas allaiter moins, donc ça va aller mieux » Donc j'ai continué.

E10 : Crotte, l'allaitement il était bien parti donc pourquoi j'arrêtera alors que c'est le début de l'internat ? Non

Vécu de la reprise

La reprise se **passait généralement bien**.

E4 : Et donc ça s'est bien passé, je n'ai pas été trop fatiguée... Voilà, au niveau familial il n'y a pas eu de soucis. Et je pense que le fait d'être en stage en SASPAS ça a facilité, puisque c'est vrai que les stages en milieu hospitalier c'est quand même plus contraignant...

Organisation pratique

Avant la reprise

Choix du stage :

- Elles choisissaient un stage avec un **rythme plus léger** et **proche de leur lieu de vie**.

E9 : Le premier jour où j'ai repris mon stage, j'étais chez le prat', donc en médecine générale, ce qui est quand même euh... des horaires plutôt calmes 'fin, puis une mobilité assez facile hein. Je pouvais pas trouver un stage, alors pareil, j'ai fait exprès de garder le stage de médecine générale après ma reprise... de boulot, parce que, 'fin... pas de gardes, pas de week-ends, 'fin... C'était plus simple quoi.

E3 : Puis là ça va, je suis en saspas donc ça n'est pas non plus ... c'est pas comme si j'étais en stage hospitalier comme par exemple au début de ma grossesse, j'étais à (ville) je partais de chez moi il était 8h, 8h moins quart et je rentrais il était 20h quoi.(...) Moi je ne me serais pas vue avoir un stage hospitalier comme ça en revenant de congé mat

- Une interne avait pris une **disponibilité pour la reprise mais remplaçait**

E3 : J'ai pas repris le stage mais j'ai repris des remplacements. Parce que j'ai pris six mois de dispo après la naissance. Et du coup je suis allée remplacer tôt. Il devait avoir trois mois et demi.

- Mais parfois avec la **réforme, le stage était imposé.**

E10 : J'étais en 1^{er} semestre, j'y connaissais rien du tout à la médecine gén... 'fin... à la médecine... voilà, on, on est interne pour la 1^{ère} fois ! 'fin voilà. D'accord !... Et en plus il fallait que j'impose les conditions de, d'aller tirer mon lait. (...)

Et elles essayaient de s'organiser pour poursuivre l'allaitement

E10 : j'avais écrit donc à la... aux directions... 'fin à la direction, en gros, de l'hôpital, pour être sûre d'avoir le droit. Et j'lui avais écrit à elle aussi « voilà, j'ai l'allaitement, est-ce que je peux continuer ? ». Je savais pas encore la loi sur les ¼ d'heure toutes les 4h. Et puis, le premier jour... elle m'avait pas répondu hein, d'ailleurs... la chef...

E12 : avec la réforme de médecine générale, en spécialité euh... Ils veulent plus qu'on fasse 2 stages au CHU concrètement. Ils veulent... donc, ils nous donnent des postes. Il y a très peu de postes à Dijon. Y'en avait 7 au premier semestre. Non, y'en avait un peu plus quand même. Y'avait peut-être une diz... entre les urgences et euh... le SSR, il devait y en avoir 15. Et euh... voilà. Et par exemple, moi j'voulais continuer à allaiter ! Et j'avais demandé une dérogation pour pouvoir faire mon stage aux urgences à Dijon.

Mais sans forcément trouver des solutions.

E12 : Et donc j'ai été cordialement invitée à prendre un autre stage que Dijon. Aux urgences. Et donc j'ai pris (stage), parce que c'était à 1h15. C'était... Parce que j'pouvais prendre (ville), c'était beaucoup plus près, mais c'était très mal côté. Aux urgences. Les... les réponses, 'fin les évals étaient catastrophiques. Donc... Alors qu'à (ville), c'était bien côté donc j'ai pris... comme j'suis pas trop mal classée. Voilà, j'ai pris un truc... qui me semblait... intéressant et agréable ! Plutôt qu'un truc qui m... m'aurait permis de continuer d'allaiter mais qui allait passer... Où j'allais passer 4 mois et demi horribles

- Certaines **se faisaient arrêter** pour prolonger l'allaitement.

E9 : Et donc début mai, j'devais reprendre mon stage chez le praticien. (...) Et euh... j'ai été prolongée de 2 mois en arrêt de travail. (...) D'accord. Pour des raisons pas forcément justifiées, mais... (rires) voilà. J'ai été arrêtée 2 mois, et, et donc j'ai repris... C'était un p'tit peu, un p'tit peu calculé. C'est-à-dire, je sais qu'il faut 4 mois pour valider un stage. (...). Donc... j'ai... j'ai poussé au... maximum que j'ai pu, c'est-à-dire que du coup j'ai repris au mois de juillet et j'ai fait mes 4 mois de stage pour qu'il soit... pour qu'il soit validé.

E14 : Et euh... j'ai, j'me suis prolongée de 3 semaines. Par mon oncle, qui était médecin à l'époque. (...) Il m'a prolongée de 3 semaines parce que je n'envi... je ne pouvais pas envisager de reprendre mon travail à 2 mois et demi.

E7 : après mon accouchement c'était un peu plus compliqué donc je n'ai pas repris mon surnombre. Ça a pas été compliqué non je ne peux pas dire ça, en fait j'ai eu des lombalgies et du coup j'étais arrêtée jusqu'à la fin du semestre pour reprendre en pleine forme voilà, non sinon après ça a été.

Trouver un mode de garde :

- La plupart des internes avaient choisi une **nounou** en qui elles avaient confiance, qui ne travaillait généralement pas seule, qui avait des **horaires flexibles**, mais qui n'avait **aucune d'expérience par rapport aux bébés allaités**.

E10 : Et avec la nounou qui est géniale et... mais qu'on paie en conséquence, mais... qui est hyper flexible de toute façon sur les horaires.

E9 : Donc il est gardé dans une... dans une MAM. Donc il y avait 8 enfants. C'était une MAM qui était toute récente, donc qui venait de se créer. Il a une nounou réunionnaise, qui a eu 8 enfants, donc qui s'y connaissait quand même pas mal. Mais pour autant... c'était assez... nouveau, ben... d'avoir... ben du... Elles sont habituées à avoir un peu de lait euh... maternisé, 'fin. Et là du coup, ça demandait aussi une organisation, parce que je partais le matin, je revenais le soir, il faut que je lui donne une quantité de lait... Quand (bébé) avait 5 mois, il pouvait boire jusqu'à 1 litre de lait, dans la journée.

- Plusieurs internes avaient regretté de ne **pas avoir de place disponible en crèche hospitalière**.

E16 : Bah ils disaient que pas de place disponible. Après je sais que... c'est... que c'est pas forcément vrai non plus (rire) parce que j'ai une collègue infirmière qui a eu de la place en même temps que moi et qui a eu... Qui a accouché à peu près à 2 semaines d'intervalle. Mais apparemment c'est privilège surtout aux infirmières au CHU plutôt qu'aux médecins. Et puis moi en plus mon mari travaille pas au CHU donc c'est encore moins prioritaire. Et puis vu que les... ils savent que les médecins ont des horaires un peu compliqué, j crois que ça les arrange pas trop qu'on finisse tard le soir et que...

E14 : Parce que, bien sûr, en tant qu'interne, on n'a pas le droit à la crèche, hein, forcément, c'est trop compliqué hein. On n'a le droit à rien.

- Une interne avait dû **changer de nounou en urgence**.

E4 : ... J'ai eu un problème de nounou donc voilà, ça ne se passait pas très bien. Du coup on m'a fait un arrêt d'un mois pour que je puisse me retourner et puis bon je n'y suis pas retournée les 2 dernières semaines, il n'y avait pas beaucoup d'intérêt pour 2 semaines. (...) Euh, ça n'avait rien à voir avec l'allaitement, c'était parce que (bébé) pleurait... Enfin elle a pleuré la demi-journée, les 2 premières heures donc elle a dit que ça n'allait pas être possible, donc voilà.

L'habituer au biberon :

- Plusieurs internes habitaient le bébé **au biberon** 3 semaines-1 mois avant la reprise pour faciliter sa prise alimentaire et se détresser, mais étaient confrontés **au refus du bébé**.

E15 : 15 jours – 3 semaines avant ouais, j'avais essayé d lui donner euh... déjà un peu... (...) Ben... ben j'avais tiré mon lait... J pense qu'il était... non... il était de... non, j pense que ça devait être du lait frais, que j'avais pris et dû faire réchauffer. Et puis euh... des fois j'avais essayé d lui donner à la place de la tétée de l'après-midi. On conseille souvent de commencer par là. Donc euh... Ouais, mais ça n'avait pas marché !

E3 : Ouais un mois avant de reprendre le boulot je me suis dit allez je vais essayer de lui donner des biberons quand même.

- Elles essayaient de trouver des astuces :

E8 : Et du coup on avait acheté du lait artificiel pour compléter, sauf que lui il a refusé euh... on a essayé, tous, tous, tous les trucs et il a tout refusé. Alors après il faisait des mélanges avec mon lait et le lait artificiel pour essayer de donner le goût sauf qu'il a essayé une fois ça et il a repéré direct et après il a, 'fin il a refusé même les biberons. Donc après pour donner de l'eau, ben on grugeait un petit peu avec des verres, enfin c'était... c'était un peu compliqué !

E3 : Des biberons de mon lait, de lait artificiel...j'ai mis de l'eau sucrée dedans mais bon (Bruit pff) rien rien, il a jamais voulu.

- Elles décidaient parfois d'allaiter sur place :

E15 : j'lui donnais une tétée, mais... mais que d'un sein. Après, quand j'arrivais à la crèche du CHU, donc j'arrivais un peu plus tôt. J'lui donnais donc la tétée avant de la laisser et j'tirais l'autre sein où il avait pas tété. (...) Voilà, pour que, eux, aient du lait frais.

Certaines s'étaient déjà habituées à tirer leur lait avant la reprise

E10 : Bon, première fois... Il fallait s'habituer au tirage de lait, artificiel 'fin... donc là j'avais un peu de mal (...) Donc là c'était assez euh... éprouvant. Donc, première fois que je tirais mon lait, j'me suis dit « ça sera plus simple si lui il est au sein, moi j'tire le 2^{ème} pendant ce temps ». C'est ce que j'ai fait (...). Et j'me suis dit « tant pis, c'est la seule solution quoi, pour que ça s'entretienne, parce que si tu loupes des tétées, d'toute façon après l'allaitement il se tarit quoi.

Elles prévoyaient des **stocks** de lait maternel :

E10 : Je m'amusais, 'fin... Une fois que j'avais accepté le fait de me brancher à une machine ! ben j'tirais énormément de lait. Et plus j'tirais, plus j'avais de lait, forcément. Donc du coup, j'ai pu en congeler euh... pff... J'avais beaucoup, beaucoup de petits pots d'avance. Donc j'étais rassurée. Je savais que j'pouvais commencer l'internat. Au pire si pendant les premiers jours je stressais tellement, bah par les urgences, par le 1er semestre, par tout, je savais que j'avais le stock au congélateur.

Après la reprise :

Tirer son lait en stage :

- Le tirage semblait **plus facile en stage ambulatoire** qu'en stage hospitalier.

E4 : Le fait d'être en stage en SASPAS ça a facilité, puisque c'est vrai que les stages en milieu hospitalier c'est quand même plus contraignant...

E10 : Donc c'est vrai qu'je prenais quand même ¼ d'heure toutes les 4 heures. Bon des fois, il y avait pas le temps parce qu'il y avait trop de monde, 'fin aux urges et tout, donc c'était assez compliqué.

E9 : Bien que, effectivement, je... 'fin les urgences, c'est assez prenant et donc des fois je mangeais tard, je tirais mon lait qu'une fois dans la journée, voire des fois pas du tout.

- Parfois elles **culpabilisaient de s'absenter** pour tirer leur lait en stage.

E10 : Et donc j'essayais de dire ça mais... mais c'est vrai que trouver, 'fin, arriver à dire pendant les urgences « non, bah là les gars, j'vais m'poser ¼ d'heure, il faut que j'aille tirer mon lait ». Parce que de toute façon, il faut que je l'entretienne, il faut que j'aie du lait en stock pour que mon bébé en ait pour le lendemain.

- Elles faisaient parfois le choix **de tirer leur lait au lieu de manger**

E10 : Y'a eu des jours où j'ai eu le choix entre manger le midi ou alors tirer mon lait. (...) J'suis allée tirer mon lait ! Fallait donner à manger au bébé. Mais du coup, pas manger pendant une journée entière, rentrer le soir, donner à boire au bébé et en plus avoir faim, franchement c'est compliqué.

E8 : Un certain rythme à avoir, parce qu'il faut avoir... déjà un quart d'heure – 20 minutes à chaque fois... Du coup, pour manger des fois c'était un peu... je mangeais en 5 minutes à midi pour pouvoir avoir le temps d'aller tirer.

- Elles s'organisaient pour trouver un **endroit où tirer leur lait**.

E8 : Ben je me suis débrouillée du coup, il y avait une chambre de garde au (stage) et du coup, je prenais les clés de la chambre de garde du (stage) et puis j'y allais, au début j'y allais... parce que du coup au bloc on commence, enfin il faut y être vers 7h30, donc en gros ben je l'allaitais avant d'y aller et puis je le recouchais. Ou alors je l'emmenais chez la nounou, ça dépendait des horaires de mon conjoint.

E15 : Non, non, non, non... J'aurais jamais pu dans mon service. Non, non. C'était pas du tout adapté hein ! Ouais, j'vois pas où est-ce que j'aurais pu me mettre pour... si j'aurais peut-être pu utiliser la salle de réunion mais c'est toujours... délicat... Y'a toujours quelqu'un qui peut rentrer et tout... Non, c'était complètement inadapté. (...) Non, finalement ouais, par rapport à la crèche ou chez moi, j'ai jamais tiré de lait à... ailleurs quoi.

E1 : Enfin moi j'ai fait ça dans la salle de consultation, y a quand même beaucoup de maladies qui passent, t'es jamais sereine de savoir si le lait ne va pas être contaminé par je ne sais quoi.

E10 : Alors, chez 2 maitres de stage j'ai... chez un, c'est sa maison, en fait il a ouvert son cabinet dedans, donc ça va, j'ai une chambre carrément à côté, j'ai son frigo dans la cuisine où je vais mettre mon lait. Chez un autre, y'a un frigo et puis une salle à côté, au cabinet. Donc en fait j'peux le tirer quand j'veux, voilà. Et chez un autre, bon y'a pas de salle, mais il habite juste à côté en fait, faut traverser la rue. Donc chez lui, j'ai pas encore fait, j'ai fait que 3 jours. C'était le tout début du stage. Mais j'pense, là j'vais y retourner, au pire j'lui dirai... je pars pendant une demi-heure, mais c'est pas très grave quoi. Ils l'acceptent vraiment bien, 'fin... Même si c'est une demi-heure au lieu d'un quart d'heure (...) Alors qu'aux urgences, j'étais... pas chronométrée, mais j'étais surveillée. 'fin, je sais très bien que... fallait pas que je fasse trop quoi.

- Elles avaient **besoin d'intimité** mais n'en trouvaient pas toujours.

E14 : Il était à côté, donc du coup l'intimité était pas terrible, j'sortais avec mes téterelles, mon sac de lait, enfin bon, bref, j'mettais ça dans le... dans le frigo à vaccin, devant tout le monde. Enfin bon, ils étaient 2, sa femme et lui, mais bon c'est pas très grave. Donc voilà, j'étais un peu... J'suis pas pudique mais 'fin, j'sais pas, y'a des choses qui sont quand même de l'ordre de l'intimité donc... Je... voilà, ça me dérange un peu de tirer mon lait dans la porte juste à côté, 'fin... Cette proximité. Bon après, c'était le début tu m'diras, mais bon après j'étais toute seule.

E9 : Et puis bon vu qu'on était dans le cabinet de médecins généralistes, je m'installais là, je fermais tout à clé et puis je faisais... ça me permettait de tirer le lait quoi... Et puis c'est vrai qu'à

l'hôpital, arriver avec son tire-lait tous les matins... le regard de tout le monde !! Voilà, alors que là, il y avait les secrétaires, les médecins généralistes qui le savait, je n'avais pas besoin de me justifier. J'avais accès à un frigo où je pouvais mettre mes trucs... Voilà, il n'y a personne qui va fouiller dedans... Donc c'est vrai qu'au niveau de la confidentialité et au niveau pratique, c'était plus simple je pense dans un stage en SASPAS, qu'un stage hospitalier.

- La gestion des gardes était difficile.

E9 : Pendant le prat', ça allait à peu près, mais alors après, j'ai fait mon stage aux urgences. A chaque lendemain de garde, je faisais une mastite quoi. C'était, c'était... Parce que je faisais ma garde, je dormais pas de la nuit, c'était un rythme assez euh... voilà, assez soutenu. Et puis pourtant je tirais mon lait le soir, j'arrivais à tirer mon lait pendant ma garde.

E8 : Après ce qui était intense, c'est quand j'étais de garde 24h où là je tirais, ben, auss... je me réveillais la nuit du coup pour pouvoir tirer. Enfin, je ne me mettais pas de réveil en gros ça me réveillait parce que j'avais mal. (...) Puis des fois j'étais réveillée hein, du coup avant d'aller me recoucher à 2h du mat', ben je tirais mon lait.

Elles s'arrangeaient pour que leurs **gardes soient reprises**.

E9 : Sur toutes mes gardes, voilà, j'ai fait mes week-ends comme tout le monde, mais par contre, effectivement, ils m'ont repris pratiquement.... Plus... plus de la moitié de mes gardes.

E14 : Pendant tout ce semestre-là de (stage), j'étais pas ultra fatiguée, parce qu'en fait j'ai un mari qui est génial ! Qui m'prenait toutes les gardes. C'est-à-dire qu'il faisait 2 fois plus de gardes, c'est lui qui faisait toutes mes nuits. Et donc ça c'était juste un confort ! Comment on peut concevoir de continuer à allaiter un gamin en faisant des nuits, des jours, travailler 24 heures, non mais bien sûr ! Mais comment est-ce qu'on peut... Mais comment est-ce qu'on peut concevoir ? Ben voilà. Moi j pense que clairement si j'avais fait des nuits c'était... c'était sûr que j'allais arrêter avant. Enfin j'veux dire, c'est PAS possible. Donc non, j'ai pu, j'ai pu faire ça, c'était super.

Gérer les obligations universitaires :

Les obligations universitaires étaient parfois difficilement réalisables pendant la période d'allaitement

E10 : Et puis maintenant qu'il est plus grand et qu'j'ai espacé les tétées, quand j'ai besoin de travailler un GEP par exemple, c'est bête, mais ça j'peux pas le faire quand j'ai (Bébé).

b. La conciliation vie professionnelle et vie personnelle

- La thématique de la conciliation vie professionnelle - vie personnelle était très présente lors des entretiens avec la **volonté d'arriver à un équilibre**. Toutes les internes avaient déjà concilié vie de couple et études médicales. Trois internes avaient dégagé du temps **pour des activités de loisirs, des voyages au cours de leurs études**.

E8 : Moi en fait, depuis le début en fait, je fais un peu des pauses. (rires) Enfin j'ai fait 3 ans de médecine, je suis partie 1 an en Afrique, puis j'ai repris mes 3 ans, Et puis j'ai eu un enfant ! (rires) Du coup ça m'a refait une pause de 6 mois... Et puis euh... ben j'ai besoin de... j'ai besoin d'avoir un

équilibre, je peux pas faire que de la médecine, et je pense que mes enfants, 'fin, ma famille c'est un sacré équilibre.

E9 : Tous les vendredis soir je répète... de 20h à minuit parce qu'on fait... on fait des spectacles de chant, théâtre, de danse semi-professionnels. J'ai toujours fait de la musique depuis petite, je fais du piano, du chant etcetera.

Pour certaines, la **vie personnelle passait avant la vie professionnelle**.

E10 : Le truc, c'est que de toute façon, j'veux avoir des enfants, et je ferai jamais passer médecine avant, 'fin ça c'était... Ça a toujours été. (...) Quand je me suis inscrite en médecine, la première année, j'ai fait le 4L trophy avec mon mari. J'suis partie pendant 15 jours. J'ai pas... j'ai pas fait les cours de P1 pendant 15 jours, bah c'est pas grave. Ça passera jamais avant le reste. Mon mari a toujours passé avant.

Cette conciliation vie professionnelle/vie personnelle dépendait parfois des **modèles** qu'elles avaient dans leur entourage. Une participante avait du mal à envisager de travailler en ayant des enfants.

E7 : ma maman moi c'était une maman au foyer et euh... ma grande sœur en fait elle était au foyer pendant très longtemps, elle a ses enfants, elle a repris un activité maintenant que ses enfants ont 7 et 9 ans.(...) Donc euh... Moi c'était... mes modèles en fait entre guillemets et c'est vrai que c'est... effectivement, pas évident de... ben de dire que j'allais travailler avec un enfant. Et j'ai l'impression que j'devais faire un choix entre les 2.

D'autres souhaitaient atteindre **un équilibre** entre les deux :

E8 : Parce que moi, je me dis, en fait, quand j'étais petite, j'aurais détesté que ma mère arrête de travailler et qu'elle soit tout le temps sur mon dos ! (rires) Donc ! Donc je pense que, en fait, c'est bien d'avoir un équilibre, de voir autre chose que ses enfants. Parce que pour eux aussi, je pense que c'est mieux, sinon ils se sentent trop... indispensables pour l'équilibre de leur maman.

Parfois elles pouvaient trouver des modèles de conciliation dans leur entourage professionnel :

E16 : j'vois que les médecins de mon service, ça s'passé très bien avec leurs enfants... Voilà, ils les appellent à chaque fois qu'ils sont de garde... voilà. Et que ça s'passé bien, et qu'ils comprennent que... voilà, papa, maman, ils vont travailler, que c'est comme ça... Qu'ils vont soigner des bébés, donc euh... C'est vraiment en voyant les autres médecins qui allaitaient tous et qui arrivaient à conjuguer le travail, l'allaitement, plein de choses.

Au final, certaines étaient **satisfaites d'avoir pu concilier** vie professionnelle et vie privée pendant l'internat.

E7 : oui je suis très contente de comment ça s'est passé. On aimerait être toujours un peu plus disponible mais ça s'est quand même pas mal passé.

D'autres avaient eu **l'impression d'avoir dû sacrifier leur formation** pour leur projet personnel.

E14 Moi, j'étais arrivée à Dijon, j'étais Xème sur ma promo. J'étais contente. Eh ben... Voilà, tous mes efforts ont été finis à partir du 3^{ème} semestre, parce que j'étais déclassée. (...) Dernière. (...) J'avais pas beaucoup d'ambitions dans ma carrière d'interne, donc au final je prenais un peu les stages.

Moi je choisisais, je choisisais la localité. La localisation, en fait, des stages. Parce que, bah, j'avais déjà le... j'avais mon gamin, j'avais la nounou surtout...

- La conciliation vie personnelle/vie professionnelle se retrouvait dans l'établissement de leur projet professionnel : leur identité professionnelle se précisait.

-Parfois elles cherchaient un équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

Elles prévoyaient de s'installer avec un travail à temps plein en diminuant les jours travaillés mais pas la charge de travail.

E12 : Le but c'est de trouver une zone... disons à moitié chemin de nos travaux respectifs. En tout cas, dans ma tête aujourd'hui, c'est comme ça. Après on verra dans quelques années. Euh... voilà. Et puis euh... donc moi, j'ai pas prévu de pas travailler beaucoup ! (rire) Mais euh... on verra j' pense faire plutôt un gros volume... horaire. Plutôt... 4 fois par semaine, mais voilà, des gros volumes horaires les jours où j'travaille. Voilà. Et à la campagne. Voilà mon projet. (...) une installation à la campagne, si possible avec un collègue, pour les vacances. Ou une collègue, hein !... Et euh... Et voilà, gérer ma vie de famille en même temps que... ma vie de médecin, à plein temps. Voilà

Parfois elles prévoyaient de s'installer avec un mi-temps en libéral pour dégager du temps pour leur vie de famille.

E8 : Après j'aimerais bien travailler à mi-temps. Euh... pour avoir du temps pour ma famille. Parce que j'ai envie... j'ai envie d'avoir une vie assez cool en fait, de... Je suis pas... à courir après le meilleur des salaires, je... j'veux... j'veux continuer à bosser parce que ça m'intéresse et que ça me fait voir d'autres choses et que... voilà. Mais je pense que, voilà, une période sans... à juste m'occuper de mes enfants, ça m'irait très bien aussi. Et du coup, un mi-temps en fait, je trouverais ça parfait.

Parfois elles s'organisaient pour pouvoir profiter de leur vie familiale avant un projet d'installation.

E9 : Je vais m'installer en tant que... médecin généraliste en zone... plutôt rurale. J'ai un contrat avec l'Etat, un CESP, Contrat d'Engagement de Service Public. Donc je vais m'engager dans une zone déficitaire. Pour le moment, donc là il me reste encore 1 an, 1 an grosso modo de stage. Je prévois de faire... le p'tit frère ou la petite sœur de (bébé) pendant l'internat, encore. Donc d'ici la fin de l'année. (...) Et du coup... ben je finirai mon internat par un congé maternité et ensuite ben je... j'm'installerai une fois que... une fois que j'aurai pris le temps pour ce 2ème bébé quoi ! (rires) (...) je m'installerai... je m'installerai peut-être dans une maison médicale. J'ai plusieurs possibilités pour le moment, mais je suis pas très fixée encore.

-D'autres fois, elles priorisaient leurs enfants ou le projet professionnel de leur mari sur leur projet professionnel.

E14 : une fois que j'serai thésée, je sais pas du tout ce que je ferai après, une chose est sûre c'est que je m'installerai probablement pas. Donc voilà. Soit salariée, soit euh... soit m'orienter vers des choses un peu plus parallèles, mais voilà (...) j'aime bien l'acupuncture. Tout ce qui est homéopathie en fait. J'veux vraiment une activité à mi-temps. A mi-temps, et j'me vois pas être médecin généraliste à mi-temps, parce que pour moi un médecin généraliste c'est quand même un boulot qui est très prenant, où on doit être disponible pour les patients, et moi, personnellement, cette disponibilité je n'ai pas envie de leur accorder. Parce que j'ai envie de l'accorder à mes enfants, à ma famille, à... moi, enfin bref, ici quoi, pas au cabinet. Donc au final, bah... qu'est-ce qui peut être compatible avec cette disponibilité-là ? ben c'est quelque chose où y'a pas d'urgences à gérer, pas de suivi, enfin... pas

vraiment trop de suivi, de pathologies trop lourdes, 'fin voilà. Ou alors salariée, mais bon. Pour l'instant il y a rien de défini, mais voilà, ce sont les... différentes orientations que je... j'envisage.

E7 : au niveau professionnel je pense remplacer un petit peu là pour l'instant parce qu'il y a les projets professionnels de mon mari aussi qui ne sont pas complètement aboutis. Donc voilà on verra plutôt après pour l'installation, je pense plutôt à du semi rural, parce que la ville c'est pas tout à fait pour moi.

5. Soutien

a. Soutien positif

La famille

La mère et la sœur étaient fréquemment sollicitées :

E5 : Et puis j'en parlais beaucoup avec ma maman, ma maman qui n'a pas pu nous allaiter ses 5 enfants parce qu'elle a eu des soucis.

E4 : Du coup j'ai appelé ma sœur !... Bah pareil je voulais la mettre au sein mais je n'y arrivais toujours pas. (...) Voilà, donc crise de larmes, j'appelle ma sœur, elle me dit « t'inquiète pas, moi quand j'étais rentrée c'était pareil », donc elle me dit « pose toi, souffle toi, le bébé il sent le stress » et puis finalement ça s'est passé ! Voilà, après ça s'est dans l'ensemble bien passé.

E11 : Et moi... ma sœur qui a allaité aussi, mes 2 sœurs ont allaité, me disait « mais non, tu vas le voir quand il a plus faim » mais seulement je n'ai... (légère tape sur la table) jamais vu quand il avait plus faim !

Amies

Elles **échangeaient des conseils** sur l'allaitement :

E3 : Mais je parlais plus avec mon autre copine de, un peu de galère qui avait elle aussi euh... un bébé un peu compliqué, parce que (bébé) au début c'était, c'était dur. Il y avait des journées où il pleurait non-stop toute la journée, où quand t'es toute seule et que tu ne sais pas ce qu'il se passe, tu sais pas ce qu'il a euh... pff... où c'est dur. Du coup on a discuté beaucoup et c'est ça qui m'a permis aussi de...de tenir...

E9 : ... J'ai découvert des choses... bien bien plus tard. Par exemple, les coquillages !... (rires) Je... Les coquillages pour les tétons... C'est des petits coquillages avec du nacre l'intérieur, qui du coup maintient l'humidité... permanente, ça marche mais du feu de dieu quoi. Et ça, j'ai découvert bien, bien plus tard. C'est une copine en fait qui... (...) Qui a fait un cours sur l'allaitement avant qu'elle accouche. Elle m'a dit « ahhh mais, euh... y'a ça, les p'tits coquillages ».

Professionnels de santé

Le soutien par les professionnels de santé était **important** et était réalisé par différents intervenants :

- Une interne explique qu'elle s'était entourée de professionnels pour ne **jamais se sentir seule**.

E9 : Et ce qui fait que, du coup, j'ai toujours été... bien encadrée en fait. J'ai toujours eu du monde autour de moi pour répondre à mes questions, ou pour... j'étais jamais seule.

- Une autre obtenait soutien, réassurance et motivation au retour à la maison grâce à une **sage femme**.

E10 : J'avais contact avec ma sage-femme qui m'a suivie chez moi par SMS aussi, 'fin on communiquait beaucoup par SMS, par téléphone, mail, tout ce qu'il fallait. Elle était très très derrière moi. Quand (bébé) devait reprendre du poids, elle a continué à me suivre et elle est venue tous les jours ou tous les 2 jours. Elle était vraiment très stricte là-dessus et j'l'attendais ! (...) Mais... elle était là, elle me motivait

- Deux autres allaient aux **réunions d'allaitement en groupe** avec deux conseillères en allaitement pour le contrôle de poids au retour à domicile, mais aussi pour les conseils à la reprise (pour la nounou).

E4 : Alors moi je suis allée aux réunions d'allaitement à X. Donc il y avait les 2 fameuses conseillères en allaitement et c'est vrai que ça m'a beaucoup aidée parce que... Bah ça fait un peu peur quand on arrive parce qu'on ne voit que des femmes qui ont beaucoup de problèmes... [...] Déjà ça rassure parce qu'on contrôle le poids, et puis elles nous aident un petit peu sur comment faire le transfert, enfin le relai avec le biberon des choses comme ça... c'est elles qui m'ont conseillée pour les yaourts, elles m'ont dit « écoutez, ce n'est pas grave si elle ne prend pas le biberon ». Puis voilà, elles m'ont dit que si elle ne prend pas beaucoup chez la nounou, ce n'est pas grave si euh... Si elle prend bien du poids, de toutes façons il y a des enfants qui prennent presque rien de la journée et ils ne perdent pas de poids, ce n'est pas un souci. C'est vrai, qu'elles m'ont du coup donné des documents à donner à la nounou pour la rassurer.

E14 : J'ai eu cet accompagnement qui est, à mon avis, à mon sens, **INDISPENSABLE** pour toute maman qui débute dans son... dans son métier de maman. Et qui veut... et qui veut qu'sa marche en fait. Et moi elles m'ont hyper rassurée. (Bébé), c'est pareil, il a commencé à perdre du poids au 4ème-5ème mois. Enfin pas perdre, mais... il change de courbe. Donc voilà, pareil. Et puis, elles étaient là, elles ont... elles étaient là quoi. Il a jamais voulu prendre des biberons de lait. Jamais. Donc lui il est passé à la cuillère, mais il avait 6 mois, 5 mois... 6 mois.

Collègues

- Deux participantes avaient eu du soutien de leurs **maitres de stages**

E10 : Et ils sont complètement... ils sont complètement flexibles sur le fait que j'dois allaiter et tirer mon lait. Donc à midi, c'est facile, c'est entre midi et 2, donc entre les consultes, donc ça ça gêne pas. Mais l'après-midi, je loupe une consultation, puisque c'est ¼ d'heure. J'leur dis « bon ben là il faudrait que... » « Oui, oui, vas-y, pas de soucis, vas-y ».

E4 : Et puis du coup, pareil, par rapport à l'allaitement, ils m'ont permis... Enfin voilà, je leur ai dit que j'allaitais et donc ils m'ont permis.. Enfin je leur avais dit de me prévoir une plage un peu plus longue entre midi et deux et une pause à 16h pour tirer mon lait.

- Mais aussi de la part de leur **co-internes** :

E14 : Puis j'avais un co-interne qui était hyper... aidant de ce côté-là. Facilement, 'fin voilà. Il était toujours dispo et ça c'était vraiment pratique. Je revenais ici, j'tirais mon lait, j'nettoyais, et... ça a été ça pendant, bah'... les 6 mois. (...) Donc voilà, j'ai repris l'boulot à 3 mois, fin mai. J'ai demandé 3 semaines de rab et puis après j'ai repris l'boulot. Mon co-interne il était super, il a rien dit. Parce que j'lui ai quand même euh... On était 2. Et il a rien dit. Il est resté, c'était un vieux. C'était un vieil interne, c'était son dernier semestre. Il a rien dit que j'prenne 3 semaines de plus.(...) Il a rien dit. Le chef de service, rien dit. Donc j'suis arrivée, tout le monde était sympa.

L'assistante maternelle

Elle était **ouverte par rapport à l'allaitement** et avait un **rôle important** dans sa poursuite après la reprise et l'organisation du quotidien.

E10 : Et même encore aujourd'hui, quand j'te parlais de trio tout à l'heure, c'est vraiment nounou, (bébé) et moi. On s'organise, nous ! Je paye énormément d'heures de nounou du coup, parce que l'internat c'est... long. Mais j'm'occupe... j'me... je m'arrange jamais niveau horaire avec ma belle-famille, qui habite sur place, puisqu'ils sont (métier). (...) Elle a jamais eu l'expérience du lait maternel comme ça, 'fin voilà. Mais, bon, j'l'ai un peu briefée, j'lui ai dit « écoute, maximum 4 jours au frigo. Voilà, il faut qu'on... qu'on utilise des fois celui du congélateur, donc... »'fin très.... Très très flexible là-dessus. Elle, très opérationnelle pour préparer les biberons, bien respecter les heures de tétée, parce que (bébé), gros demandeur, mais il fallait quand même laisser 3 h de...pour qu'il commence à espacer les tétées, c'tait... voilà. Elle a super bien géré.

E4 : Et là aussi j'ai eu de la chance pour la nounou, déjà elle n'était pas contre le fait que j'allaiter parce que je pense qu'il y en a qui n'aiment pas trop récupérer le lait, euh... Voilà, donc là ça n'a pas posé problème. (...) C'est vrai qu'elle a été assez ouverte à ça et je n'ai pas eu de soucis de ce côté-là. Et puis même par rapport au fait qu'elle ne prenne pas beaucoup, je pense que j'ai eu de la chance. Ça ne la stressait pas plus que ça qu'elle ne prenne pas le biberon, enfin en tout cas elle ne l'a pas manifesté et elle était assez cool par rapport à ça donc euh... C'est vrai que si j'avais une nounou qui était hyper stressée par ça, je pense que j'aurais peut-être proposé une solution alternative. Parce que c'est vrai que la première nounou nous a fait faux bond, mais finalement je pense que ça aurait été beaucoup plus compliqué.

b. Manque de soutien

Mais ce soutien **n'était pas toujours présent** que ça soit :

- De la part de la famille

Parfois il n'y avait pas de soutien dans l'entourage proche **malgré le besoin d'aide ressenti**.

E10 : Mais strictement toute seule. Personne n'est venu m'aider pour garder (bébé) euh... Jamais quoi. Pour que j'puisse me reposer. J'ai pas connu ça. Mais après notre... notre relation, elle a toujours été comme ça, 'fin... un peu distant mais en même temps on s'entend bien quand on s'voit, quand y'a des repas de famille. Mais personne est venu spécialement m'aider. (...) tu vois, les relations familiales... En fait, ils sont là, mais... pff... pareil, l'allaitement, « oui ben c'est bien mais... si t'y

arrives tant mieux, si t'y arrives pas tant pis ». Pas trop derrière toi à te dire « ouais c'est vraiment bien, faut continuer »...

Parfois elles se faisaient **critiquer** :

E10 : Déjà, en repas de famille, le dernier qu'on a fait là il y a un mois, et donc avec sa famille à lui hein, j'étais en train d'allaiter et on m'a sorti « oh, tu voudrais pas arrêter d'allaiter, tu vas pas l'allaiter jusqu'à 'fin... quand il va te courir après euh...non »

E14 : Puis du coup j'étais avec ma famille. Ma famille aussi, du genre « mais, tu vas allaiter jusqu'à combien de temps ? Il est trop grand ! gnagnagna ! ». Forcément, j'me suis dit « rôo... ». J'ai commencé à sucrer un peu la tétée de 4h quand il était avec moi

E4 : Et puis c'est vrai qu'on a tous les « on dit », la belle-mère qui dit que « de toutes façons après 3 mois ton lait il ne vaut plus rien »...

E7 : J'ai... c'est bête hein, mais j'ai mon papa qui en fait qui était... euh mon frère en fait, quand ils l'ont eu c'était leur premier, et en fait il était beaucoup beaucoup avec ma maman. Et en fait j'ai eu des réflexions de mon papa aussi, juste à cause de la... voilà... Sans qu'il me pousse à arrêter ben voilà... c'est vrai que ça me pesait un peu.

- De la part des amies :

E4 : mais je me souviens que les 2-3 premiers mois, on avait fait des repas avec des amis où... Voilà j'arrivais pas à la décrocher du sein... Et puis voilà, ça pouvait durer ¾ d'heure – 1 heure et puis des gens venait me voir en disant « il faut que t'arrêtes, ça va pas aller »... Puis c'est vrai que les 2-3 premiers mois j'avais des amis qui me le disaient.

- De la part des professionnels de santé qui les suivaient.

o du pédiatre :

E7 : je pensais arrêter puis en même temps j'en avais pas forcément envie et je me disais que ça se ferait naturellement mais ça ne se faisait pas. Et c'est vrai que là pour le coup c' le pédiatre il disait que vers un an c'était pas mal d'arrêter vers un an parce qu'après ils se rendent un peu plus compte, c'est plus difficile d'arrêter. Après, ça ça ne me plaisait pas forcément trop.

E2 : ils n'abordent pas tellement le sujet hein... Le pédiatre après... euh... Demande juste quel type d'allaitement on fait, point, ça s'arrête là en fait. « Vous êtes en quoi ? en allaitement exclusif ? Mixte ? Artificiel ? » mais après le reste on nous en parle pas hein.. Donc non il n'y a pas de soutien

o du gynécologue :

E1 : Parce que même ma Gynéco...(en baissant la voix) ils n'y connaissent pas grand-chose

- De la part des maitres de stage, en ambulatoire comme en hospitalier.

E14 : J'étais en SASPAS. J'me suis dit j'pouvais quand même... m'arranger pour trouver un p'tit temps pour tirer mon lait. Non. J'étais très euh... J'ai appelé mon directeur, mon maitre de stage, le chef du réseau, qui m'a dit, quand j'lui ai dit « bah par contre, moi j'allaite », « ben c'est pas grave, on fera avec » sur un ton du genre « bon, bref ».

E10 : c'est décevant. Surtout du corps médical. Tu t'dis « en plus l'allaitement, ils vont prendre ça pour un truc naturel et ils vont forcément être... derrière toi... être positifs quoi » mais non, c'est

pas du tout le cas. Non, ça dépend vraiment sur qui tu tombes. [...] et c'est pas forcément les hommes qui respectent le moins

Elles se faisaient parfois **critiquer sur la durée** de leur allaitement.

E14 : L'autre était... Je mangeais chez eux tous les midis en fait, c'est pour ça que je... j'suis un peu rentrée dans leur vie. Et donc, le premier... l'autre... Ils étaient 3. L'autre. Euh... m'a accueilli chez lui, il me faisait à manger tous les midis, et euh... il était un peu moqueur avec son épouse et j'ai pas vraiment aimé, genre « il a quel âge ton fils ? Mais tu l'allaites encore ?! Tu vas faire ça jusqu'à quel âge ? » Ben... J'sais pas, 2 ans ? C'est recommandé jusqu'à 2 ans j'crois, hein. C'est recommandé de pas fumer, faut pas fumer. Par contre recommander d'allaiter son gamin jusqu'à 2 ans, arghh, c'est trop sale. C'est trop bizarre. Elle a un problème cette nana-là

Elles entendaient parfois des **blagues misogynes** pouvant embarrasser.

E14 : Jamais. Jamais, donc au final voilà. Après euh... Donc lui, il m'a fait des réflexions (rire) « ah mais c'est pas grave, vous avez une grosse tension monsieur ? C'est certainement la poitrine de mon interne, allaitante, qui... qui... qui fait monter sa tension ». Bien !... Classe. Et euh, je n'sais plus si le monsieur était là ou pas.

- De la part de la crèche hospitalière.

E15 : Et donc là-bas, à la crèche du CHU, j'étais au (stage), j'étais juste à côté, donc c'est moi qui la déposais le matin et le midi j'y retournais pour l'allaiter et euh... J'allais la récupérer le soir. Sauf que, vu qu'elle refusait de prendre le biberon, ils m'appelaient aussi à 4h, pour que j'donne la tétée de l'après-midi... Donc c'était assez... assez galère.

Supports aidants pour l'allaitement.

Elles faisaient parfois appel à des supports extérieurs pour trouver conseil : **Internet, réseaux sociaux, leche league, livres.**

E1 : Alors beaucoup internet, mais alors les sites exactes... beaucoup les réseaux sociaux. Où y a des mamans qui t'en parlent beaucoup, et si tu as un problème elles arrivent à te conseiller. C'est des mamans qui font des allaitements à long terme hein.

E1 : Ben le problème du réflexe d'éjection fort. Il y a eu la leche league et il y'a eu une autre maman sur Instagram où J'ai lu son témoignage donc je ne lui en ai pas parlé directement. J'ai lu son témoignage et pareil ça rentrait bien ... effectivement j'ai utilisé des bouts de sein.

E9 : J'ai contacté aussi la leche league à un moment donné, pas pour ces histoires de crevasse, mais parce que j'ai dû avoir à un moment donné où... j'avais plus trop de lait.

E4 : Mais je pense qu'heureusement que j'avais lu le livre de Marie Thirion et je trouve que c'est un livre bien parce que ça ne culpabilise pas... Enfin... Je trouve que ça, que ça fait passer l'idée que l'allaitement est naturel et dans tous les cas c'est le meilleur pour l'enfant, qu'il y ait des régurgitations, des coliques ou quoi que ce soit... Je pense que ça m'a aussi motivée ! Et puis sans culpabiliser... C'est vrai que je pense que ça m'a pas mal aidée.

6. Bilan

a. Renouveler l'expérience de l'allaitement ?

La plupart des internes avaient globalement une expérience positive de leur allaitement.

E3 : Même, même maintenant, enfin... J'ai oublié en fait. La douleur... J'en retiens que... que du positif. J'ai vraiment tellement adoré ça euh... que pff... je m'en fous. Et pourtant, pourtant j'en ai pleuré hein. Des fois j'avais tellement mal que je pleurais, je me disais « c'est bon j'arrête » et puis au final, pour le bien être de mon fils et... et... parce que j'adorais allaiter, j'ai continué quoi.

- Les avantages qu'elles retenaient étaient surtout **sur le lien mère-enfant et l'immunité**.

E7 : Je retire quand même un lien avec mon fils qui est particulier

E8 : Pour euh.. après moi, par rapport, si je suis basique par rapport aux anticorps et tout ça, moi j'ai l'impression que ça a vraiment marché. Parce que.. ben les 2, quand ils étaient petits, pendant que je les allaisais, ils ne sont pas beaucoup tombés malade.

- Il n'y avait qu'un inconvénient majeur à allaiter : **la reprise et la fatigue**, souvent associés l'un à l'autre.

E9 : Moi je vois que des avantages... Le seul inconvénient, pour moi, c'est... il faut... il faut s'organiser et il faut... rester à la maison, quand même, assez longtemps après quand même, assez longtemps après. Je trouve que 2-3 mois c'est compliqué

E1 : Puis entravant la reprise du travail. C'est vrai qu'on nous dit de le faire jusqu'à six mois mais après quand tu reprends le travail c'est quand même super compliqué. Et puis les conditions de tirer le lait. (...) Puis eh ben la fatigue.

- **L'allaitement partiel était découvert** pendant l'allaitement et permettait de poursuivre l'allaitement sereinement.

E11 : Donc du coup, c'était pas trop mal parce que ça lui permettait ben d'avoir faim et de dormir un peu. Ça nous permettait de nous reposer un p'tit peu. Et moi je conservais le côté allaitement... la journée et tout ça. Donc c'était... Pour moi c'est vraiment ce qui a sauvé l'allaitement, du coup. Grâce à un biberon paradoxalement ! (rires) c'est ce qui a sauvé l'allaitement, parce que, très honnêtement, si on m'avait pas proposé ça, moi j'aurais dit « bah non, j'arrête tout de suite ! ».

- Elles regrettaient de ne pas être informées sur la possibilité d'allaiter partiellement.

E11 : sous prétexte de vouloir absolument promouvoir un allaitement exclusif, euh... J'trouve que le personnel médical euh... cinq (*préparation du biberon*)... Se... dans ce sens-là, où on a tort, c'est... 'fin c'est de mon expérience que je retiens ça, c'est de... de pas exposer les autres possibilités aux gens. Et de pas leur dire.

- Pourtant il existait parfois un sentiment **d'échec et une culpabilité** à ne pas avoir réussi à allaiter exclusivement, même si c'était le projet souhaité depuis le départ.

E6 : Ouais, peut-être un regret par rapport à ça, de ne pas avoir pu euh... donner plus. Après j'étais quand même contente que le papa puisse participer, donner aussi le biberon... Je trouve que c'est important de l'impliquer.

- Certaines prévoyaient de réallaiter avec un projet d'allaitement plus défini par rapport à leur projet professionnel

Soit elles **s'organisaient pour concilier** leur projet d'allaitement et leur projet professionnel :

E9 : Oui, mais c'est vrai que tout est un petit peu calculé dans ma tête. C'est-à-dire que... cette disponibilité, j'vais remplacer pendant 6 mois, ça va m'permettre de... de gagner plus d'argent que si je suis interne. Ça va me permettre de mettre de côté également pour pouvoir rester jusqu'à ses 5 mois – 6 mois à la maison. Pour pouvoir aussi profiter de lui et puis... et puis l'allaiter, 'fin avoir un allaitement qui se mette bien en place. Et puis je recommencerais à travailler vers ses 5-6 mois, mais tout ça aura été permis par la disponibilité aussi. 'fin c'est... ça a été programmé quoi. Et du coup... ben je finirai mon internat par un congé maternité et ensuite ben je... j'm'installerai une fois que... une fois que j'aurai pris le temps pour ce 2ème bébé quoi ! (rires) (...) je m'installerai... je m'installerai peut-être dans une maison médicale. J'ai plusieurs possibilités pour le moment, mais je suis pas très fixée encore

Soit elles **priorisaient leur allaitement** sur leur projet professionnel :

E5 : Par rapport à cette relation, pour moi c'est une relation qui prime et qui passe avant tout. Donc avant le côté professionnel, même si j'y pense beaucoup au côté professionnel. Mais euh... j'ai fait le choix de m'occuper d'abord de mes enfants, donc du coup leur bien-être, et mon bien-être à moi aussi avec eux, passe avant le côté professionnel. Du coup, c'est pareil, pour le 3ème, mon projet c'est de prendre mon temps, c'est de l'allaiter à nouveau.

- D'autres internes **ne l'intégraient pas dans leur projet professionnel ou attendaient de se décider en fonction de leurs conditions de travail.**

E11 : Après, com...euh... vis-à-vis allaitement, pas allaitement, j'sais pas. J'pense que ça dépendra euh... c'est bête hein, mais de la situation professionnelle et de comment ça s'passe, est-ce qu'il y a des gardes, est-ce qu'il y a pas d'garde ? Peut-être que je le retenterai, mais... maintenant, je sais que si jamais on me dit quoi que ce soit, j'me dis « j'm'en fiche ! Si j'veux, j'mets un biberon le soir », 'fin voilà. (rires)

E7 : Ca ne va pas être facile parce que là tout a été parfait alors je l'imagine pareil. Et je sais pas ce sera peut être un peu différent. (...) après je verrai bien en fonction de l'activité, mais c'est vrai. Maintenant j'ai vraiment la certitude que l'allaitement c'est vraiment bien. Et je ne m'arrêterai peut être pas à 12 mois si ça va bien, en fonction de la situation autour aussi.

Deux internes avaient une expérience globalement négative de leur allaitement imposé.

- Elles avaient parfois un sentiment d'échec. Elles reconnaissaient quelques bienfaits de l'allaitement pour la santé qui ne contrebalançaient pas le sentiment global négatif.

E16 : Mais le côté médical, j'étais déçue de pas avoir réussi à l'allaiter plus longtemps parce que j'sais que c'est bon pour les bébés quand... puis plus... le plus long c'est, mieux c'est, voilà. (...) mais moi ça me frustrait plus sur... de pas réussir à allaiter, c'était plus pour le côté médical, qu'il ait les anticorps, qu'il... plus ce côté-là plutôt que le côté nutrition. Le côté contact tout ça... avec... le contact je l'avais d'une autre façon, j'avais pas besoin d'allaiter pour avoir le contact.

- Elles **ne voulaient plus se forcer** à allaiter à nouveau.

E16 : Parce que j' pense que j' me suis forcée et qu' il fallait pas s' forcer. Que, quand on n' a pas envie, on n' a pas envie et que... c' est pas parce qu' on n' allaite pas son enfant qu' il va pas bien aller

E2 : Bah oui, je n' allaiterai pas ! (rires) (...) J' allaiterai pas... Voilà...

- Pourtant elles semblaient **culpabiliser** de ne pas allaiter le deuxième, alors que **du côté du mari, la décision de ne pas renouveler l' expérience semblait irrémédiable.**

E16 : pourtant, même si j' me dis que j' vais avoir un 2ème, j' me dis « est-ce que je réallaiterai pas ? » alors que mon mari me l' interdit complètement de réallaiter, parce que il sait que ça a été horrible et que lui m' a vue au fond du trou avec l' allaitement et que... Et pour moi c' était une charge ! Mais là, de me dire que ça... ' fin, mon bébé va bien etcetera, j' me dis qu' il y a peut-être, quand même, la part d' allaitement, alors que peut-être pas, je sais pas. Mais que, du coup, ce... j' aurais pas aimé que le 2ème n' ait pas le droit à ce qu' a eu le 1er, à savoir les anticorps tout ça quoi. Là il a jamais été malade, il a 6 mois...

b. Impact sur la pratique médicale.

Quand l' expérience **était négative, elles ne semblaient pas avoir modifié** leurs compétences dans la prise en charge de l' allaitement ou alors **elles étaient sensibles au fait qu' il ne fallait pas se forcer à allaiter.**

E2 : Par rapport à l' allaitement, moi je n' ai jamais de patient qui me pose tellement de questions là-dessus en fait. J' en ai jamais. Et en fait, les gens j' ai l' impression ne posent pas de questions. Alors le seul cas que j' ai eu, c' est une dame qui avait eu un abcès en fait. Où là tu sais effectivement que ce n' est pas normal qu' elle ait mal comme ça... Que c' est pas normal et tu sais qu' il faut qu' elle soit orientée et que... qu' il y ait une prise en charge un petit peu plus complète, mais... Sinon est-ce que ça change fondamentalement les choses ?... L' allaitement en soi, non... Être maman, oui. Voilà.

E16 Et j' le dire à toutes les mamans quand j' les vois que... voilà, que... que faut pas s' forcer quand on... quand on n' a pas envie. Et au contraire par contre, si on veut essayer, ben il faut... faut y aller, et puis on verra bien.

Quand l' allaitement était **bien vécu, l' interne proposait d' essayer et de se faire confiance mais ne cherchait pas trop à conseiller** les mères pour ne pas qu' elles se sentent envahies par trop d' informations.

E7 : J' en convainc autour de moi, j' ai deux amies qui sont enceintes là, je leur dis qu' il faut au moins essayer quoi. (...) Des conseils je sais pas trop parce que dire, étant passée en pédiatrie j' ai tellement entendu de mamans qui étaient déboussolées, parce que trop trop de conseils en fait. Et enfin si le conseil de se faire confiance et de laisser faire mais c' est pas évident j' pense.

Dans tous les cas, que l' expérience soit négative ou pas, les internes **respectaient** les choix des femmes **ayant fait un choix différent du leur et les accompagnaient.**

E14 : J' vois... des femmes en consultation elles ont toutes leur biberon, voilà, elles ont fait leur choix, c' était pas le mien, je les accompagne quand même. Même si j' comprends pas tout au biberon, mais comment ça marche du coup ! (rires)

E7 : J'me dis "avant, comment on faisait?". Normalement, tout l'monde ça pourrait bien s'passer, pour à peu près tout l'monde j'pense... Mais bon voilà, après c'est chacun... Après j'suis pas à culpabiliser les mamans qui allaitent pas hein! (rires) Ca après c'est des choix de vie et.... Mais c'est vrai que moi, je ferais pas comme ça!

c. *Synthèse des principaux résultats :*

De cette analyse thématique, cinq profils ont été identifiés :

ALLAITEMENT « SAVANT » DANS UNE SOCIÉTÉ MODERNE:

EXPERIENCE :

Elles n'avaient **pas de modèle familial** d'allaitement ou avaient connu des échecs d'allaitement dans leur entourage ou dans leur expérience professionnelle.

PROJET :

Elles avaient une vision négative de l'allaitement avec des réticences personnelles ou sociales. Elles prenaient **tardivement la décision d'allaiter** en se convainquant par rapport aux bénéfiques pour la santé de l'enfant avant tout.

Elles **culpabilisaient** de choisir un allaitement partiel pour un partage des tâches avec le mari.

Elles s'interrogeaient par rapport aux répercussions de la grossesse sur l'internat ou le projet professionnel.

PARENTALITÉ :

Elles souhaitaient être **interchangeables** avec leur mari y compris pour l'alimentation et le père avait toujours une relation avec l'enfant mais ne soutenait pas l'allaitement.

Elles **doutaient de leur capacité à allaiter, ne ressentait pas de plaisir** ou pensaient lui communiquer surtout des émotions négatives/du stress.

Elles **vivaient difficilement la demande de disponibilité permanente.**

Le sevrage était libérateur et progressif

RAPPORT AU TRAVAIL :

Elles donnaient une **place importante à leur travail** : elles priorisaient leur internat sur leur allaitement et sevrèrent avant la reprise.

SOUTIEN :

Elles avaient **peu de soutien** dans l'entourage mais avaient parfois pu être accompagnées dans la poursuite de l'allaitement partiel par un professionnel de santé.

BILAN :

Plutôt positif : Elles étaient étonnées des avantages de l'allaitement sur le lien mère-enfant, l'allaitement partiel était bien vécu et permettait d'allaiter.

Elles prévoyaient un travail à temps plein et n'intégrèrent pas le projet d'allaitement au projet professionnel.

ALLAITEMENT IMPOSE :

EXPERIENCE :

Elles n'avaient **pas de modèle familial** d'allaitement.

PROJET :

L'allaitement n'était **pas désiré** mais elles subissaient la **pression** du mari (médecin), de la maternité ou de l'entourage professionnel et culpabilisaient de ne pas allaiter.

PARENTALITE :

L'allaitement était facile physiquement mais **la relation fusionnelle était mal vécue** ou alors l'allaitement était difficile avec des **complications physiques** (douleurs importantes, mastite avec abcès).

Le père **ne soutenait** pas l'allaitement.

Le sevrage était libérateur et culpabilisant paradoxalement.

RAPPORT AU TRAVAIL :

Elles donnaient une **place importante à leur travail** : elles priorisaient leur internat sur l'allaitement et sevrèrent avant la reprise ou plus précocement.

SOUTIEN :

Elles avaient **peu de soutien** de l'entourage ou de mauvais conseils des professionnels.

BILAN :

Elles **avaient un mauvais vécu de l'allaitement et regrettaient** de s'être forcées.

Elles ne voulaient plus renouveler l'expérience.

Elles ne changeaient rien à leur pratique professionnelle et étaient surtout sensibles au fait de ne pas se forcer à allaiter.

ALLAITEMENT CULTUREL :

EXPERIENCE :

Elles avaient un **modèle familial et culturel d'allaitement, sans modèle de conciliation avec le travail**

PROJET :

Elles décidaient d'allaiter comme une évidence, sans se poser de question.

Elles avaient des craintes liées à des échecs dans l'entourage et des **mauvaises croyances**.

RAPPORT AU TRAVAIL :

Elles **priorisaient leur vie personnelle sur leur vie professionnelle et s'interrogeaient sur la manière de concilier allaitement et travail**: soit elles repassaient l'internat pour allaiter « sans travail » et attendaient la fin d'internat pour programmer une nouvelle grossesse soit elles allaitaient longtemps malgré l'internat en repoussant la reprise grâce à la rencontre avec un modèle de conciliation.

PARENTALITE :

Le père était présent mais pouvait être en déplacement, **l'allaitement avait pour l'épouse un rôle valorisant**.

Elles allaitaient **naturellement et avaient beaucoup de plaisir à allaiter**.

Elles **sevreraient brutalement ou progressivement** à cause d'une insuffisance de lait « pour le bien être de l'enfant » et avaient des regrets.

SOUTIEN :

Elles trouvaient conseil au niveau de **l'entourage familial avant tout et n'écoutaient pas ou peu les conseils des professionnels de santé**.

BILAN :

Il était **positif**, elles allaitaient longtemps et regrettaient d'avoir sevré.

Elles ne **voulaient pas trop donner de conseils dans l'entourage et aux patients** pour que l'allaitement reste « naturel »

Elles s'interrogeaient par rapport au **maintien de leur activité professionnelle ou priorisaient le métier du mari sur leur projet professionnel**.

Elles ne **s'organisaient pas pour réallaiter** et attendaient de voir en fonction de leurs conditions de travail **ou priorisaient leur allaitement sur leur projet professionnel**.

ALLAITEMENT NATUREL AVEC MATERNAGE PROXIMAL :

EXPERIENCE :

Elles étaient **jeunes (26 ans) et voulaient plusieurs enfant pendant l'internat** (en repoussant le désir d'enfant depuis l'externat) et voulaient profiter d'eux avant un projet professionnel.

Elles avaient souvent un modèle familial d'allaitement.

La deuxième expérience d'allaitement était plus facile.

PROJET :

L'allaitement était un **choix naturel, une évidence**.

Elles souhaitaient allaiter **exclusivement** et n'avaient pas confiance en le lait artificiel.

RAPPORT AU TRAVAIL :

Elles **priorisaient leur vie personnelle sur leur vie professionnelle** : elles n'étaient pas gênées de prolonger l'internat et parfois le prolongeaient volontairement.

Elles continuaient d'allaiter à la reprise en repoussant la reprise.

PARENTALITE :

Elles allaitaient « **naturellement** », **sans difficulté**.

Le père aidait beaucoup au quotidien en dehors de l'alimentation de l'enfant. Pour elles « allaiter c'est être maman » : elles acceptaient la fusion mère enfant et avaient peu de vie sociale en dehors de l'enfant.

SOUTIEN :

Elles participaient à des **réunions d'allaitement**.

BILAN :

Elles **allaient longtemps**.

Elles s'interrogeaient par rapport à un **changement d'activité ou un travail à mi-temps**.

Elles **priorisaient leur allaitement sur leur projet professionnel**.

ALLAITEMENT CONFIANT (COMBATIF ET ORGANISE)

EXPERIENCE :

Elles avaient un **parcours atypique** (elles étaient déterminées) et **étaient plus âgées** et elles avaient **déjà concilié vie de famille et externat avec une importance des loisirs**.

PROJET :

Elles **calculaient** pour planifier leur grossesse pour finir vite l'internat ou voulaient rallonger volontairement l'internat et organisaient leur maquette en amont.

Elles souhaitaient allaiter **exclusivement** et n'avaient pas confiance en le lait artificiel.

Elles avaient choisi l'haptonomie parfois et avaient fait une **bonne préparation à la naissance et à l'allaitement avec une sage-femme**.

RAPPORT AU TRAVAIL :

Elles souhaitaient **concilier travail et allaitement et s'organisaient** pour continuer à allaiter à la reprise (une repoussait l'internat volontairement).

PARENTALITE :

L'allaitement était un **plaisir**.

Elles étaient **confiantes** : elles connaissaient la physiologie de l'allaitement et les besoins de l'enfant. Elles apprenaient à être maman.

Le conjoint était **très présent et aidant ou alors était absent à cause d'un métier contraignant** : dans ce cas elles comptaient sur l'assistante maternelle.

SOUTIEN

Elles sollicitaient plusieurs professionnels : sage-femme à domicile, mais aussi des groupes de soutien : leche league...

BILAN :

Elles **allaient longtemps**.

Elles **s'organisaient pour réallaiter en intégrant leur projet d'allaitement à leur projet professionnel** et n'avaient pas peur de concilier une installation avec une vie de famille.

DISCUSSION

I. Forces de l'étude

L'objectif de notre étude était d'explorer le vécu de l'allaitement maternel chez les internes bourguignonnes allaitant pendant l'internat et ainsi repérer les difficultés rencontrées par les internes allaitant pendant l'internat et de proposer les aménagements possibles à mettre en place.

Peu d'études sur le sujet ont été retrouvées lors de la revue bibliographique. L'une des forces de ce travail réside est donc dans son originalité.

L'approche qualitative comme méthode exploratoire, de recueil et d'analyse des données, adaptée à ce sujet, dont la bibliographie est peu fournie, est l'approche la plus adaptée. De plus, la méthode de recherche qualitative s'est imposée car adaptée à l'approche de la subjectivité et des représentations. Elle contribue à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets.

Les entretiens individuels ont permis aux internes de se livrer librement dans l'intimité et l'anonymat sur un sujet qui pouvait être sensible. Le guide d'entretien a été construit autour de questions essentiellement ouvertes afin de laisser un espace de liberté aux participants. Il a été utilisé de façon souple afin d'influencer le moins possible les cheminements de pensée.

Les caractéristiques sociodémographiques des internes étaient hétérogènes ce qui avait pour objectif de tendre vers une représentativité qualitative de la population concernée. L'effectif des internes était relativement intéressant puisque 15 internes ont été incluses dans cette étude. L'obtention de la saturation des données renforce la validité intrinsèque de l'étude.

II. Limites de l'étude

Quelques limites de cette étude doivent être formulées afin de les intégrer dans l'interprétation des résultats.

Certaines limites sont liées à la méthodologie adoptée. La participation des internes est basée sur le volontariat. Les participantes possédaient probablement une motivation pour le sujet. Il est légitime de penser que cette volonté d'investissement fait apparaître un biais de sélection. Les internes volontaires ont peut-être eu plus de difficultés pendant leur allaitement. Cependant l'atteinte de la saturation des données permet de limiter ce biais. Par ailleurs, cette motivation pour le thème a néanmoins pu être à l'origine de révélations intéressantes sur le vécu de leur allaitement.

L'échantillonnage a été raisonné de façon à faire varier le profil des internes interrogées. Cependant peu d'internes de spécialité médicale en dehors de la médecine générale ont répondu au mail de recrutement. Aucune interne de spécialité chirurgicale n'a pu être recrutée. Cela peut s'expliquer par un nombre restreint d'internes enceintes en dehors de la médecine générale, un manque de disponibilité ou peut-être le fait qu'elles n'aient pas allaité.

Les résultats ne sont pas généralisables à la population des internes français mais cela n'est pas le but de l'étude qualitative. Cela permet d'avoir une idée des adaptations à mettre en place au niveau régional tout d'abord.

Il peut exister un biais d'interprétation dans cette étude qualitative d'autant plus qu'un simple codage a été réalisé. Sur les quinze entretiens réalisés, les deux premiers avaient été réalisés avec la

première version de la grille d'entretien qui avait des questions plus fermées, ce qui a pu potentiellement influencer les résultats.

III. Justification du modèle

Le modèle établi est retrouvé dans la littérature : une étude sociologique de 1998 réalisée dans la population générale, oppose l'allaitement savant à l'allaitement populaire (qui est apparenté à notre modèle d'allaitement culturel). Ainsi malgré leur niveau d'études élevé et leurs connaissances médicales, les internes peuvent suivre le modèle populaire ou le modèle savant. (50,51)

1. L'allaitement savant :

Il est retrouvé chez les femmes diplômées de l'enseignement supérieur ou à haut niveau socioéconomique. L'allaitement est de durée variable, généralement plus courte que dans l'allaitement populaire, avec un sevrage très progressif. Elles ont rarement une expérience préalable des soins aux nourrissons.

La décision d'allaiter est justifiée par un discours normatif, construit autour d'arguments essentiellement médicaux ou paramédicaux sur les bienfaits pour la santé de l'enfant aussi bien que pour la relation mère-enfant ou son aspect pratique. La notion de plaisir n'est pas un élément essentiel du choix comme dans le modèle populaire.

Ce discours normatif peut faire nier les difficultés pratiques que peuvent rencontrer les mères et engendre de la culpabilité chez celles qui n'allaitent pas (par choix ou par « échec » de l'allaitement). Elles consultent préférentiellement leur pédiatre ou se renseignent dans des livres. Elles vont être plus sensibles aux arguments de promotion de l'allaitement maternel qui reposent sur un socle de connaissances, notamment en nutrition (la composition du lait maternel) ou en psychologie (l'attachement).

Pour la pratique, on pourrait imaginer un soignant compétent en allaitement pour les accompagner.

2. L'allaitement populaire.

Il se rencontre chez les femmes de milieu populaire, peu diplômées, et tout particulièrement chez les femmes ayant passé leur enfance dans un pays d'Afrique ou d'Asie. Il dure plus longtemps et peut se terminer aussi bien par un sevrage brutal que par un allaitement partiel prolongé. Ces femmes se sont souvent déjà occupées d'enfants avant leur première grossesse.

Ce qui le caractérise est la prédominance de la famille dans les sources de conseils avec une imitation familiale. Parfois, les femmes immigrées, cherchant un mode d'intégration à la société française sont particulièrement réceptives aux conseils donnés dans des centres de PMI tant qu'ils n'entrent pas en contradiction flagrante avec leurs habitudes.

L'allaitement est vu comme un acte « naturel », très fortement associé à la notion de plaisir, de la mère ou de l'enfant (ou des deux). Inversement, pour celles qui n'allaitent pas, la gêne, le déplaisir, voire la douleur suffisent à justifier le rejet ou l'abandon de l'allaitement.

Les taux d'allaitement sont inférieurs à la moyenne de la population sauf chez les femmes d'origine africaine. La norme favorisant l'allaitement reste implicite : les femmes ne savent pas

justifier pourquoi elles allaitent et il y a peu de réaction de culpabilité chez celles qui choisissent de ne pas allaiter.

Pour la pratique, on pourrait ainsi imaginer informer et impliquer les proches pour un soutien adéquat (52,53).

3. L'allaitement imposé

Il est retrouvé dans la littérature psychiatrique : (54) (55) (56) (57)

Si pour de nombreuses femmes, allaiter est un choix assumé et constitue une expérience heureuse dans la relation à l'enfant, certaines mères peuvent avoir des difficultés à gérer des conflictualités personnelles face à l'allaitement. En effet, cette expérience est psychologiquement complexe, associant amour et érotisme, féminin et maternel et réactualisant de nombreux fantasmes.

Le désir de ne pas allaiter peut être conscient ou inconscient. Ces femmes se trouvent en opposition avec un idéal posé ou imposé « de mère idéale » avec lequel elles cherchent à se positionner dans le registre de la souffrance allant de la tentative d'identification à cet idéal qui leur est étranger à une forme de résistance symptomatique. Ces résistances psychologiques peuvent influencer défavorablement le processus physiologique de l'allaitement.

Elles ressentent une pression sociale à allaiter et à offrir « ce qui est présenté comme ce qu'il y a de mieux pour l'enfant » et ont du mal à résister face à cette pensée collective : souhaitant d'une part s'intégrer à un groupe social et, d'autre part, préserver leur indépendance et leur singularité. Cet équilibre est difficile à trouver car il contient le plus souvent une recherche de reconnaissance et d'amour.

Au niveau clinique, elles peuvent avoir du mal à supporter le regard des autres ou l'intensité du ressenti physique : par exemple une douleur vécue comme acceptable dans un autre contexte peut devenir insupportable dans le cadre des tétées ou une femme dont l'histoire a entraîné un rapport au corps difficile peut éprouver une véritable violence à allaiter. Cela peut engendrer ensuite un mal-être auquel le bébé ne sera pas insensible et parfois un abandon culpabilisant de l'allaitement qui peut voir retourner contre elle tous les arguments qui lui ont été présentés en faveur de l'allaitement par rapport à la santé de son enfant, sa relation avec lui, son développement physique.

L'implication pour notre pratique est qu'il faut éviter un discours médical unilatéral prônant l'importance de l'allaitement, tant pour le bien-être de l'enfant que pour celui de la mère, en le présentant du côté d'un savoir et d'un savoir-faire et en l'énonçant comme une parole de vérité. Si l'on n'offre pas de choix, si l'on n'entend pas l'ambivalence tout autant que la conflictualité psychique de la personne et que sa parole n'est pas recevable face à ce qu'on estime mieux savoir que lui, notre discours dominant se métamorphose en un discours idéologique et le sujet souffrira de ne pouvoir être.

Les recommandations actuelles du PNSS vont dans ce sens en recommandant un allaitement qui respecte tout d'abord le désir de la femme d'allaiter ou non. Le professionnel doit s'assurer qu'il s'agit d'un choix éclairé, en écoutant ses freins, puis en l'accompagnant sans la forcer, quel que soit son choix.

4. L'allaitement « prolongé » : au-delà de la norme des 6 mois

Il a été étudié dans plusieurs travaux de thèses récents en France (58–61). Il pourrait s'apparenter au modèle d'allaitement naturel avec maternage proximal.

Dans ce cas, les femmes ne prévoient pas d'allaiter longtemps dès le départ mais repoussent le sevrage par plaisir du partage avec l'enfant et pour son côté pratique et naturel. Elles choisissent l'allaitement comme une évidence, pour son côté physiologique. Elles utilisent l'allaitement comme un moyen de maternage proximal avec le cododo, le portage... Le conjoint joue un rôle important dans la poursuite de l'allaitement mais peut aussi vouloir le sevrage.

Leurs difficultés sont principalement de supporter le regard des autres face à un allaitement qui dépasse « la norme des 6 mois » : auprès de l'entourage personnel, au travail, face aux professionnels de santé parfois mal informés et en société. Le travail pose également problème car elles ont parfois du mal à imaginer un travail à temps plein avec la poursuite de l'allaitement et la limitation des activités. Elles supportent plutôt bien les contraintes physiques et font « don de leur corps à leur enfant » : elles considèrent l'allaitement comme un dépassement de soi.

La principale difficulté rencontrée par les soignants pour les aider est que cet allaitement est parfois caché. Ces femmes devraient se sentir libres de parler de leur allaitement sans se sentir jugées alors qu'elles respectent les recommandations de l'OMS. Il faut éviter les discours prônant un sevrage forcé, qui risquerait de les braquer et mettre un terme à la relation médecin malade mais plutôt les accompagner pour concilier allaitement et vie professionnelle et familial dans le respect de leur choix.

IV. Des problématiques très proches de la population générale.

De nombreuses similarités sont retrouvées lorsque l'on compare les difficultés rencontrées par les internes à celles habituellement décrites dans la population générale.

1. Projets des mères et leurs attentes vis-à-vis de l'allaitement

a. *La décision d'allaiter peut être difficile à prendre.*

Les internes ne se **projetent pas de la même manière dans l'expérience de l'allaitement**. Certaines savent qu'elles allaiteront avant même d'être enceintes et désirent allaiter spontanément, de manière innée. Elles ont une représentation globalement positive de l'allaitement. D'autres internes ont des difficultés à concevoir d'allaiter avant la grossesse : elles sont hésitantes ou réfractaires à l'allaitement. Soit elles n'ont pas de désir, soit elles ont des freins qui inhibent leur désir d'allaiter et cette décision leur demande de peser le pour et le contre. Une seule interne dit avoir ressenti un désir tardif à allaiter, « comme un déclic » pendant sa grossesse.

Les bénéfiques pour la santé de l'enfant font souvent pencher la balance du côté de l'allaitement mais parfois elles disent avoir été poussées par l'entourage à faire le choix de l'allaitement. Par la suite, elles rencontrent plus de difficultés à allaiter, font un sevrage précoce dans les deux premiers mois et celles qui se sont forcées regrettent l'expérience.

La décision d'allaiter est complexe et prend en compte des facteurs personnels, familiaux, sociaux issus de l'expérience personnelle de l'individu. Ainsi c'est une décision individuelle, intime, mais l'entourage et la représentation sociale de l'allaitement peuvent avoir une influence sur ce choix.

Les études montrent que le **choix du mode d'alimentation de l'enfant est généralement fait avant la grossesse pour plus de la moitié d'entre elles** (7,13,15,62–64). **L'intention prénatale de ne jamais allaiter ou d'arrêter précocement** est considérée comme un facteur de risque de sevrage précoce. **L'ambivalence du désir d'allaiter et la décision tardive d'allaiter** sont aussi des facteurs influençant négativement la durée d'allaitement (62).

Actuellement, il est difficile de connaître la proportion que représentent ces changements de choix au cours de la grossesse. *La thèse qualitative de 2017 de D. Delecourt* réalisée dans la population générale a étudié spécifiquement les raisons de ce changement de décision et a montré que ces femmes se ravisent seules ou plus souvent suite à l'influence de l'entourage ou à l'intervention d'un professionnel de santé, sans pression ressentie (65).

Dans notre étude, les internes qui se ravisent ne semblent pas avoir été accompagnées dans ce choix. Elles font souvent référence aux bienfaits de l'allaitement dans les cours qu'elles ont reçues comme favorisant leur décision d'allaiter mais semblent pour la plupart avoir gardé leurs réticences et leur représentation négative de l'allaitement. Elles n'ont peut-être pas pu exprimer leur ambivalence face à cette décision et on peut se demander si leur choix est éclairé. Deux internes évoquent clairement une pression à allaiter.

Ainsi, les internes ont besoin d'être informées, rassurées et accompagnées dans le choix du mode d'alimentation de leur enfant comme des patientes ordinaires. Les études ont montré que le professionnel de santé avait un rôle important à jouer pour les accompagner. (8,66–68)

Plusieurs soignants peuvent intervenir : les médecins généralistes, les sage-femmes, les gynécologues. (63).

Le soignant peut discuter du choix de l'alimentation bien avant la grossesse ou dès le début de la grossesse. Il est facile d'identifier les femmes indécises ou ne souhaitant pas allaiter, en leur posant simplement la question. Il ne doit pas se limiter à la transmission d'informations scientifiquement validées mais doit tenir compte des diversités sociales, culturelles et économiques des femmes et s'adapter au cas par cas. Il doit accompagner le couple dans leur cheminement et **comprendre ce qui, pour eux, est important dans le fait d'allaiter ou non**, que ce soit la tradition, l'envie de contact ou au contraire la peur du contact au sein, la pression de la société, etc. Ainsi le soignant s'assure d'une démarche volontaire et persévérante de la mère.

L'INPES propose une aide concrète aux professionnels pour aborder le choix de l'alimentation du nouveau-né, selon une approche centrée sur l'enfant et la famille. Il utilise des questions ouvertes pour permettre à l'individu de s'exprimer librement.

- **Favoriser l'expression/proposer une écoute** : S'intéresser à leur envie : « Comment avez-vous imaginé nourrir votre enfant ? » Explorer leurs représentations sur l'allaitement. « Quelle image vous faites-vous de l'allaitement maternel ? ». Explorer les expériences antérieures vécues ou observées. « Comment avez-vous nourri votre premier enfant et quelle expérience en gardez-vous ? »
- **Aborder/évaluer une situation** : Explorer les difficultés qu'ils pourraient rencontrer au démarrage et évaluer leur soutien social.
- **Informer/expliciter** : Informer sur les bénéfices de l'allaitement, sur les difficultés possibles lors de la mise en route et au cours de la poursuite de l'allaitement ainsi que les moyens de les prévenir. Anticiper les problèmes pouvant entraver la confiance et le sentiment d'efficacité des mères tels que l'anxiété, la douleur, la fatigue et le manque de soutien. Informer sur la possibilité de concilier travail et allaitement et les moyens d'y parvenir. Expliquer que la cinétique de croissance des bébés allaités est différente de celle des bébés nourris au biberon. Expliquer l'importance d'avertir tout prescripteur ou délivreur de médicaments de son statut de femme qui allaite et mettre en garde contre l'automédication pendant l'allaitement.
- **Accompagner la réflexion** : Explorer les facteurs favorables ou au contraire défavorables à l'allaitement. Évaluer la motivation. Aider à réfléchir au moment du sevrage par rapport au désir de l'enfant, de la mère, à la reprise du travail.
- **S'engager** : Respecter la décision de ne pas allaiter. Informer et conseiller les parents sur l'alimentation au biberon.
- **Faire le lien avec les autres acteurs (professionnels, entourage)** : Encourager la femme à prendre comme « référente » une femme de son entourage ayant déjà une expérience réussie d'allaitement (amie, sœur...). Favoriser l'implication du père (soutien, accompagnement, aide aux travaux ménagers...). Encourager la femme à participer à des groupes d'entraide, à solliciter des associations : on peut trouver leurs coordonnées sur le site de la Cofam : en Bourgogne, la Leche League se situe à Sens.

La multiplication des supports permet une de délivrer une information plus intéressante. Il faut associer différentes techniques éducatives, en groupe ou individuellement : groupes de discussion, cours de préparation à la parentalité, brochures, vidéos, manuels etc... et laisser le choix aux mamans pour pouvoir offrir un panel de solutions potentielles ou permettre aux mères en difficultés de trouver la solution par elles-mêmes et les responsabiliser. (7,63)

b. La durée d'allaitement prévue est vague :

Quand l'allaitement n'est pas désiré ou peu désiré, on comprend aisément qu'il n'y ait pas d'objectif d'allaitement défini. Mais même lorsqu'il y a un désir fort et ancien d'allaiter, les internes disent « vouloir essayer d'allaiter ». Cependant, ce qui pourrait s'apparenter à un manque de motivation à allaiter n'engendre pas toujours un sevrage précoce. Quand les internes prévoient d'allaiter longtemps, elles n'évoquent pas toujours les recommandations mais plus souvent la diversification.

Les études montrent que **l'intention prénatale d'allaiter de manière prolongée** est significativement associée à un allaitement prolongé. Le **manque d'informations sur la durée d'allaitement optimale** est associée à un allaitement de plus courte durée (69).

Dans notre étude, l'objectif vague semble être dû à un manque de connaissances sur la durée optimale de l'allaitement. Il peut aussi exister une crainte des difficultés de l'allaitement liée à de mauvaises expériences dans l'entourage, véhiculant l'idée fausse qu'il existe une « capacité ou non à allaiter » ou alors un manque de désir à allaiter. Une interne allaitant longtemps dit avoir eu un manque de motivation au départ.

En effet il faut distinguer désir et volonté pour mieux comprendre comment est prise la décision d'allaiter (70). **Le désir est une envie spontanée d'allaiter, qui est consciente ou inconsciente**, comme certaines internes l'ont évoquée. Il peut être éveillé mais pas imposé et peut être freiné, perturbé voire totalement inhibé. Des paroles ou des images négatives, véhiculant des émotions comme la peur, l'anxiété ou le dégoût, peuvent empêcher l'émergence d'un désir. **La volonté est consciente et s'appuie sur des informations par des lectures, des observations etc... qui ont été jugées comme des arguments valables en faveur d'une décision donnée.** A la volonté peut s'attacher l'idée du mérite alors que le désir échappe au jugement.

Dans notre cas, les internes plutôt réfractaires à l'allaitement ne semblent ressentir aucun désir à allaiter, mais de la volonté : elles veulent allaiter pour le bien-être de l'enfant avant tout. Elles expriment des craintes traduisant souvent cette ambivalence entre leur désir de ne pas allaiter et leur volonté d'allaiter et prévoient d'arrêter au moindre problème. Les internes ayant un fort désir d'allaiter, peuvent aussi avoir des craintes liées à des échecs dans l'entourage, pouvant affecter leur détermination à allaiter. Elles traduisent également des mauvaises connaissances sur la physiologie de l'allaitement.

Les internes ont besoin d'être entendues sur leurs craintes et la physiologie de l'allaitement devrait leur être rappelée ainsi que la durée optimale d'allaitement selon l'existence ou non d'un projet d'allaitement initial.

c. Le choix de l'allaitement partiel :

Dans notre étude, l'allaitement partiel est parfois associé à la **reprise ou à la volonté de partage des tâches avec le père dès le projet d'allaitement**. Dans les études, la reprise a souvent une place importante dans la planification de l'allaitement et est due à la représentation sociale en France de l'incompatibilité entre allaitement et reprise du travail. La volonté égalitaire de partage des tâches avec le père est un facteur déterminant du choix de l'allaitement artificielle (7,71).

Une interne prévoit dès le départ d'allaiter partiellement mais finit par allaiter exclusivement en culpabilisant de passer à un allaitement partiel tandis qu'une autre interne regrette le manque d'informations sur la possibilité d'allaiter partiellement et explique avoir été culpabilisée à donner des compléments de lait artificiel, alors qu'elle pensait « manquer de lait » et souhaitait espacer les tétées. Pourtant elle explique que le recours aux compléments de lait artificiel a été pour elle le seul moyen de

continuer l'allaitement paradoxalement. Ce sentiment de culpabilité à choisir l'allaitement partiel se retrouve dans la population générale dans une *thèse qualitative de 2015 explorant le vécu des premières semaines d'allaitement*. (72)

Dans les recommandations, c'est **l'allaitement exclusif qui est préconisé** pour ses bénéfices pour la santé (7,73). Aucune étude ne compare les effets bénéfiques d'un allaitement maternel exclusif par rapport à un allaitement partiel. Le terme d'allaitement partiel n'a pas la même définition selon les articles : parfois il s'agit d'un complément de lait artificiel, d'autres fois il s'agit d'une prédominance de lait maternel par rapport au lait artificiel.

Dans les guides d'allaitement proposés aux patients, l'allaitement partiel est souvent évoqué à la reprise mais n'a pas sa place au démarrage. (73) Physiologiquement, il est apparenté à un sevrage et peut nuire à la mise en place de l'allaitement. L'utilisation du biberon peut également être responsable d'une préférence de l'enfant pour le biberon, qui permet de s'alimenter passivement par rapport au sein (7).

Mais on peut imaginer que dans la pratique, on pourrait nuancer l'information donnée aux patients en s'adaptant au cas par cas (74).

En l'absence de recommandation et dans une approche centrée patient, le plus important reste à mon avis de connaître le sens que donne la mère ou le couple à cet allaitement partiel : s'il leur permet de donner une place au père, ils doivent bénéficier d'une information sur la possibilité de poursuivre l'allaitement en ayant chacun une place sans les forcer à faire ce choix. Si c'est pour la mère un moyen de pouvoir espacer les tétées, on pourra lui rappeler les besoins physiologiques du nourrisson et l'intérêt de maintenir un certain nombre de tétées nécessaires à la mise en place de l'allaitement. Le risque élevé de sevrage induit devra leur être expliqué, sans les faire culpabiliser mais également la possibilité de tirer leur lait. **Il faut nuancer l'information délivrée pour l'adapter à l'envie de la personne et du couple afin qu'ils puissent faire un choix libre et éclairé**. Si ce choix est confirmé, on pourrait leur recommander l'utilisation de contenants autre que le biberon pour éviter le risque théorique de confusion sein-tétine.

2. Expérience de l'allaitement :

a. *Vécu des complications médicales au démarrage de l'allaitement*

Les internes vivent les mêmes difficultés que la population générale au démarrage de l'allaitement : elles ressentent des douleurs, de la fatigue, une insuffisance lactée et du côté du nourrisson peuvent être constatées des difficultés à téter ou une mauvaise prise de poids (72). Ces complications n'entraînent pas toujours un sevrage. (13,15,75)

En effet dans notre étude, uniquement celles **ayant un doute sur leur production lactée à cause de problèmes de succion, ayant une mastite abcédée ou dont l'enfant a une mauvaise prise de poids** vont ajouter des compléments ou sevrer complètement l'enfant. Les mères n'ayant pas de difficulté poursuivent l'allaitement plus longtemps.

Les études confirment que ces causes sont fréquemment impliquées dans le sevrage précoce et peuvent être associées. *L'étude Epifane* rapporte que l'insuffisance de lait est ressentie par 51,3 % des mères et est la première cause d'arrêt la plus fréquente à un mois. 41,6 % d'entre elles sont associées à des problèmes de mise au sein du nourrisson (dont les troubles de succion) et 33,0 % d'entre elles à une mauvaise prise de poids. Les pathologies du sein et les problèmes de mise au sein représentent plus du tiers des causes d'arrêt de l'allaitement avant un mois. (13,75,76)

Parmi elles, **l'insuffisance de lait ressentie** correspond à une perception d'une insuffisance d'apport sans retentissement sur la prise de poids du nourrisson, et ainsi considérée comme « non réelle ». L'incapacité anatomique à produire du lait ou assez de lait est rare et concerne probablement moins de 5% des mères. Elle est évoquée devant un enfant qui réclame souvent ou ne dort pas, une sensation de seins mous... Elle traduit un manque de confiance de la mère. Elle est fréquente dans la population générale et n'épargne pas la population médicale. Les phases de pics de croissance, entraînant une augmentation des besoins physiologiques du nourrisson sur quelques jours peuvent faire douter la mère et il est nécessaire de lui expliquer comment y remédier : par des tétées fréquentes. (7)

L'insuffisance de prise pondérale doit tenir compte de la croissance du nouveau-né allaité qui est plus importante au départ que le nouveau-né recevant du lait artificiel : un nourrisson bien portant a une perte de poids initiale inférieure à 7 % du poids de naissance, une reprise du poids de naissance à 10 jours de vie, un transit et une diurèse réguliers débutés dans les 8 premières heures de vie, puis une croissance régulière. Les causes organiques sont rares mais le praticien doit dépister une complication organique : une infection évoluant à bas bruit, une malabsorption ou une autre pathologie chronique non évidente. La stagnation pondérale est plus souvent due à de mauvaises conduites d'allaitement : il est nécessaire de montrer à la mère comment repérer les signes de faim chez l'enfant, avant qu'il ne pleure et de vérifier que l'allaitement se fait bien à la demande. Une observation des tétées ainsi qu'une surveillance toutes les 72 heures du poids et de l'état clinique de l'enfant est importante. (7,77)

La fatigue, est fréquente en post partum et peut être multifactorielle. Il est important de rassurer les mères et d'en trouver la cause car elle peut retentir sur l'allaitement. Si l'allaitement ne peut être considéré comme une cause de fatigue, une *métaanalyse récente* a montré que les difficultés d'allaitement pouvaient être un facteur prédictif de la fatigue du post partum, probablement psychique. (78)

Les douleurs : Ces douleurs, plus souvent liées à des lésions des mamelons (rougeur, irritation, crevasse), sont avant tout causées par une mauvaise prise du sein entraînant une friction anormale entre le mamelon et la langue, les gencives, les lèvres ou le palais du nourrisson. Leur prévention repose sur un positionnement correct du nourrisson lors des tétées. En cas de persistance des douleurs il faudra évoquer une mycose. Il est nécessaire de prévenir la survenue d'un engorgement, à en identifier les signes et à y faire face par la vidange fréquente du sein. Seul l'abcès nécessite un arrêt des tétées. (8)

Les troubles de succion : elles sont fréquentes et peuvent empêcher le transfert de lait. Le nourrisson peut prendre quelques jours à apprendre à téter notamment en cas de prématurité, et il est nécessaire de rassurer les mères. Il convient en premier lieu de vérifier le bon positionnement au sein et d'évaluer la capacité de succion du nourrisson lors de l'observation d'une tétée pour résoudre les problèmes : elles ont un rythme lent et régulier avec une déglutition audible. L'examen général devra éliminer un ictère, une hypotonie ou une anomalie structurelle : frein de langue, fente labio-palatine. (8,77)

Dans notre étude, celles ayant eu une meilleure préparation à l'allaitement avec une meilleure connaissance de la physiologie de l'allaitement ou ayant des facilités à évaluer la succion de l'enfant semblent plus confiantes. De même celles priorisant l'aspect naturel de l'allaitement ne semblaient pas douter de leur allaitement. Plusieurs études montrent que le **sentiment de confiance des mères et le sentiment d'auto-efficacité dans la capacité à allaiter** son nouveau-né sont des facteurs positivement associés à l'instauration et la durée de l'allaitement maternel (69,79).

Ainsi, les internes ont besoin d'être rassurées à tout moment, comme des patientes ordinaires sur le bon déroulement de l'allaitement et sur leur capacité à allaiter et elles doivent être informées sur la physiologie de l'allaitement. L'observation d'une tétée, l'accompagnement et l'encouragement des mères par un soignant formé et compétent en allaitement est important (8,80).

Même s'il n'a pas été prouvé que la préparation à la naissance augmente la confiance en soi des mères, en pratique les mères sont souvent satisfaites des conseils donnés par les professionnels de santé avant la naissance. On peut la recommander pour notre pratique (81).

b. Vécu de la parentalité

Par rapport au vécu de la relation mère-enfant

Des internes ne s'attendent pas à être autant sollicitées pendant l'allaitement et ont du mal à répondre aux besoins de proximité du nouveau-né au démarrage de l'allaitement. Ce sentiment peut entraîner le recours à des compléments de lait artificiel pour espacer les tétées.

Ces sentiments sont retrouvés dans la population générale. *Une thèse qualitative de 2015 montre que les mères de la population générale vivent mal la demande de disponibilité permanente et peuvent culpabiliser de ne pas ressentir de plaisir à allaiter (72).*

Dans la synthèse sur *les expériences d'allaitement des femmes américaines parue en 2010*, la relation mère enfant est considérée comme agréable quand l'enfant est calme, serein et qu'il réclame à téter de façon structurée et espacée dans la journée. Mais si le bébé est fréquemment demandeur ou encore agité, son comportement est considéré comme inapproprié. Les femmes actives peuvent ressentir une perte de liberté pour les sorties. (82)

L'absence de plaisir à allaiter semble également dans notre étude favoriser le sevrage (83). Le fait d'apprécier allaiter permet un allongement de la durée d'allaitement (69).

Dans ces cas-là, il est important de vérifier le désir ou non d'allaiter et soutenir la mère et le couple dans la parentalité. La has précise qu'il faut informer sur la physiologie de l'allaitement lors du démarrage avec un nombre de tétées à la demande et fréquentes pour s'adapter aux besoins de l'enfant.

Par rapport à la place du père.

La principale crainte des internes pendant l'allaitement est **le partage des tâches** avec le père et sa relation avec l'enfant, qui pour elles se fait surtout par l'intermédiaire de l'alimentation. Les études montrent que la volonté de partage des tâches avec le père est une raison principale du choix du lait artificiel en plus de son côté pratique. (7)

Deux études ont montré que les pères des enfants allaités **s'investissent davantage dans les tâches ménagères et la préparation des repas** par rapport aux enfants non allaités et que cela entraîne une augmentation de la durée de l'allaitement. (64,84)

Les mères devraient être ainsi informées de la possibilité pour le père d'avoir sa place en dehors de l'allaitement. Le guide le choix d'allaiter de l'INPES pourrait leur permettre de disposer d'aides concrètes pour gérer parentalité et allaitement. Elles doivent être également soutenues dans la parentalité, quel que soit leur choix d'alimentation (85,86).

Les études montrent que **le père occupe une place importante dans l'allaitement** : il peut favoriser l'initiation et la poursuite de l'allaitement par son attitude favorable à l'allaitement mais peut être responsable du sevrage s'il est réfractaire (13,15,87).

Dans l'étude de Scott et al., menée en Australie, 59 % des femmes qui percevaient que leur partenaire était plus favorable à l'allaitement ont maintenu l'allaitement jusqu'à six mois et 53 % ont allaité exclusivement leur enfant jusqu'à trois mois, contre 30 et 26 %, respectivement, des femmes qui percevaient que leur partenaire était plus favorable au biberon ou ambivalent quant au type d'alimentation du bébé. (69)

La HAS propose de l'informer en même temps que la mère (88). Pour permettre un soutien émotionnel adéquat (89–91).

c. Rapport au travail et vécu de la reprise :

Rapport au travail

Dans notre étude, il semble que plus l'interne accorde de l'importance à son travail, moins elle allaite longtemps. L'importance donnée au travail est un facteur favorisant le choix de l'alimentation artificielle. (92)

Vécu de la reprise

Les internes s'inquiètent souvent de pouvoir concilier leur allaitement et leur travail puisqu'elles choisissent parfois initialement d'allaiter jusqu'à la reprise. Parfois elles ne peuvent pas imaginer allaiter et travailler et font le sevrage avant la reprise. Les études confirment ces données et montrent que **la reprise du travail est un facteur important de sevrage**. *L'étude Epifane* montre qu'une des principales raisons d'ajout de complément de lait artificiel entre un mois et 12 mois est liée à la reprise. *Dans l'étude Elfe* : 75% des mères cessent l'allaitement exclusif dès 3 mois et passent au mixte en vue du sevrage associé à la reprise du travail (vers 2-3 mois) (13,93)

La décision de poursuivre l'allaitement à la reprise est ainsi **prise tardivement**. Les internes **repoussent en général la date de reprise pour poursuivre l'allaitement**. L'absence d'activité professionnelle ou la présence d'un congé parental avant la grossesse sont retrouvés comme facteurs augmentant la durée de l'allaitement. La présence d'un congé maternité et la date tardive de retour au travail sont également retrouvés comme favorisant un allaitement prolongé (19,20,69,93).

Dans l'étude française Eden plus les mères retournent tôt au travail, moins elles allaitent au sein à 4 mois, indépendamment d'un emploi à temps plein ou à temps partiel. L'association est plus forte pour les mères qui allaitent presque exclusivement.

Ainsi les internes, comme toutes les mères doivent être informées sur la possibilité de continuer l'allaitement à la reprise et disposer de conseils pratiques pour concilier allaitement et reprise du travail (8).

Les internes s'organisent pour choisir des stages plus légers en termes de volume horaire : des **stages ambulatoires plutôt qu'hospitaliers** pour la médecine générale. A la reprise, **le manque de flexibilités d'horaires** et la pénibilité du travail (ou la charge de travail) sont reconnus comme des facteurs limitant la durée de l'allaitement (20,94). Même si l'étude française Eden ne montre pas de lien entre temps de travail et allaitement (mais elle n'est pas représentative de la population générale), au niveau international, quelques études (20,62,69,95,96) montrent que le temps de travail a également un impact important sur la durée de l'allaitement. Des données américaines montrent que 42,4 % des

femmes travaillant à temps partiel allaitent toujours leur bébé à quatre mois contre 34,3 % des femmes travaillant à temps plein et 39,9 % des femmes ne travaillant pas. (69).

L'environnement de travail joue également un rôle important et est décrit dans les études réalisées dans la population générale : Les conditions matérielles pour tirer le lait à la reprise sont souvent absentes. Les freins à l'allaitement identifiés sur le lieu de travail sont l'accès limité à l'utilisation d'un tire-lait, le manque de lieu disponible pour tirer son lait, l'absence d'un réfrigérateur pour conserver le lait, le manque de flexibilité horaire pour pouvoir tirer son lait durant les heures de travail. (11,69)

De même, le manque de soutien de la part de leurs collègues de travail est fréquent et il convient d'informer l'entourage professionnel de l'intérêt de l'allaitement. (69)

V. Les particularités de la population des internes et les aménagements spécifiques envisageables.

1. Projet des internes et attentes vis-à-vis de l'allaitement

Par rapport à la décision d'allaiter.

Compte tenu de leur environnement professionnel et de leurs connaissances sur les bienfaits de l'allaitement pour la santé pendant leur cursus, les internes peuvent subir une pression sociale plus forte à choisir l'allaitement et un sentiment de culpabilité à faire le choix du lait artificiel. La pression à allaiter par rapport à la catégorie socioprofessionnelle a été soulevée par l'étude sociologique sur les modèles d'allaitement (54). Plusieurs études ont montré que les mères de haut niveau socioprofessionnel allaitent plus longtemps. (20,54,69) Le taux d'allaitement varie selon la catégorie socioprofessionnelle et lorsque plus des trois quarts des collègues, amies ou voisines allaitent, cela peut constituer un référent positif pour décider d'allaiter ou rendre moins évidente la décision de nourrir au biberon. On aurait ainsi un effet « boule de neige » tendant à favoriser d'autant plus l'allaitement des femmes appartenant à des milieux où l'allaitement est plus répandu.

Il faudrait ainsi être particulièrement vigilants par rapport au désir ou non d'allaiter dans cette population.

Par ailleurs, leur expérience professionnelle a parfois une influence négative sur le choix d'allaiter. Elles semblent avoir une image négative de l'allaitement à cause de leur confrontation aux problèmes d'allaitement des patients au cours de leur pratique. Dans les études, les mères ayant déjà eu une expérience d'allaitement positive ont généralement un niveau plus élevé de confiance en soi et d'auto-efficacité que les mères primipares. Par contre si les expériences précédentes ont été plutôt négatives, la confiance en sa capacité à allaiter peut être moindre (63,69). Le guide de l'INPES, précise que l'expérience négative peut être vécue ou observée. Ces expériences négatives peuvent inhiber le désir à allaiter. (63)

Ainsi dans la population des internes, particulièrement exposée aux difficultés d'allaitement on peut s'interroger sur la manière de les aider pour que leur expérience professionnelle négative ne les décourage pas à allaiter.

On peut imaginer les encourager à côtoyer davantage de mères qui allaitent et pour qui l'allaitement se passe bien pour leur donner une image plus positive de l'allaitement : soit dans

leur entourage, soit dans le milieu professionnel en choisissant des modèles d'allaitement réussis dans la population des étudiants ou dans des associations de soutien par exemple (70).

On pourrait aussi les aider à développer leur empathie pour garder une distance émotionnelle et se préserver dans la pratique. L'empathie est un facteur protecteur du burn out (97).

2. Expérience de l'allaitement

a. Vécu des complications médicales en tant que mères et médecins

Lorsqu'elles rencontrent des complications d'allaitement, leur expérience professionnelle peut parfois être prise comme référence et les connaissances médicales de l'interne semblent **aggraver son angoisse et l'empêcher de lâcher prise sur l'aspect médical et technique de l'allaitement.**

Des internes de l'étude semblent avoir plus de facilité en priorisant l'aspect « naturel » de l'acte, sans penser à la technique, d'autres paraissent plus confiantes grâce à une meilleure évaluation de la qualité de succion et du positionnement. Les études montrent que les internes ont de mauvaises connaissances et compétences de l'allaitement (98,99). Dans notre étude, **de leurs cours sur l'allaitement, elles ne semblent retenir que les bienfaits de l'allaitement et les complications.** Par rapport aux bienfaits elles retiennent souvent les avantages pour l'enfant sur son immunité, plus que sur le lien mère enfant et quelques internes ont évoqué les bienfaits pour la santé de la femme, mais ces connaissances ne semblent pas les aider dans leur expérience de l'allaitement.

On pourrait imaginer une approche plus pratique de l'allaitement pendant le cursus: une confrontation directe avec des mères allaitantes pourrait permettre aux internes de changer leur regard sur l'allaitement et peut être même de la parentalité pendant leur cursus en vue du développement de compétences. La has propose une approche plus pratique pour la mise au sein avec une poupée par exemple.

On pourrait également penser, selon le profil de l'interne, que le fait de se concentrer sur les sensations de l'allaitement plutôt que sur son aspect technique pourrait l'aider à lâcher prise. (70) Une étude propose de mettre la femme dans des conditions favorables pour se concentrer sur les sensations ressenties : se mettre dans le noir, au calme... Cela dans le but de diminuer le stress causé par la volonté de contrôle de l'allaitement, notamment lorsque la volonté d'allaiter est présente sans désir.

De plus, elles redoutent de ne pas être considérées comme des patientes ordinaires et de ne pas être informées ou accompagnées à cause de leur statut de médecin. La littérature donne des pistes pour mieux gérer une relation médecin malade quand le patient est médecin. **Tout d'abord il faut les considérer comme des patientes ordinaires. Il est important de les mettre dans une relation de confiance et de fixer les règles de la relation dès le départ par une discussion sincère : il est conseillé de garder une distance médecin/malade malgré la confraternité. Il faut également les laisser libres de faire leur choix comme des patientes ordinaires, sans les juger et les accompagner (100).**

b. Vécu de la parentalité.

Le métier du père :

Dans notre étude, plusieurs internes ont insisté sur le métier du père qui favorisait la gestion du quotidien avec un enfant : il ressort que **plus le père a un métier avec des horaires fixes ou**

adaptables, plus il a un rôle important pour garder l'enfant et plus le sevrage est précoce. Quand le père est absent, l'interne poursuit quand même l'allaitement.

On peut se demander si cette constatation est simplement liée à l'investissement de l'interne dans son travail (comparant ainsi son métier « important et contraignant » à celui de son conjoint) ou si c'est le métier du père qui l'encourage à sevrer plus précocement, pour faciliter la gestion du quotidien.

Les études montrent que la catégorie socio professionnelle du père influence la durée d'allaitement : les enfants de pères de haut niveau socioéconomique, cadres, sont allaités plus longtemps. (101) Aucune étude n'a été trouvée sur la charge de travail du père et son impact sur l'allaitement des femmes ayant des horaires lourds. Des recherches sont nécessaires pour confirmer ou non cette observation.

c. Conditions de travail spécifiques des internes à la reprise

Les internes ont généralement des horaires lourds, un manque de flexibilité et peuvent avoir des stages éloignés de leur domicile :

- Malgré la réforme des temps de travail des internes, en pratique, **leur charge de travail peut rester élevée, notamment en milieu hospitalier.** Il n'existe pas de possibilité d'aménager les horaires en dehors d'un surnombre apportant généralement plus de souplesse pendant la grossesse. Il n'y a pas de possibilité de travail à mi-temps par exemple. Les internes choisissent des stages plus légers en termes de volume horaire mais la nouvelle maquette imposée en médecine générale ne permet plus de choisir son stage.
- **Les stages éloignés du domicile** peuvent poser problème pour la poursuite de l'allaitement.

Il faudrait réfléchir à des solutions pour offrir plus de terrains de stages proches du lieu de vie de l'interne allaitante, pour ne pas pénaliser leur l'allaitement. L'accès à un surnombre pour l'allaitement pourrait être envisageable, mais le manque de terrains de stages en surnombre pendant la grossesse rend cette solution utopique actuellement.

Les internes rencontrent des difficultés matérielles spécifiques pour allaiter à la reprise de l'internat (47) :

Les difficultés pratiques évoquées dans notre travail sont retrouvées dans une thèse quantitative *sur l'allaitement des internes de médecine générale* (47) : les difficultés pour tirer leur lait à cause des horaires en remplacement de médecine générale, un manque de temps pour tirer le lait sur des journées de 12h entraînant des diminutions de production, des difficultés pendant les gardes, l'absence de salle disponible aboutissant parfois au tirage dans les toilettes. Elle montre aussi que les stages ambulatoires favorisent la poursuite par rapport aux stages hospitaliers.

Ainsi on pourrait envisager des aménagements permettant de concilier allaitement et stages :

- **Les internes sont en difficulté pour demander à tirer leur lait et trouver un local adapté et respectant l'intimité pendant leurs stages.** On pourrait mieux informer les maîtres de stage sur l'intérêt de l'allaitement chez les internes souhaitant allaiter après la reprise et les encourager à respecter les pauses d'allaitement. On pourrait proposer des locaux adaptés pour allaiter pour chaque terrain de stage, respectant des normes d'hygiène et l'intimité de l'interne.

- **La gestion des gardes** est également difficile. L'absence de garde obligatoire pendant la durée de l'allaitement pourrait être envisageable afin d'éviter les complications liées aux horaires lourds.
- Enfin, plusieurs internes ont évoqué la difficulté à avoir **une place à la crèche du CHU**. Elles sont parfois obligées de trouver un moyen de garde en urgence ou payer cher une microcrèche si elles n'ont pas trouvé de nounou. Une interne a également expliqué avoir eu du mal à donner du lait tiré à la crèche à cause de règles d'hygiène strictes et avoir été dérangée pendant ses heures de travail pour allaiter sur place. Des places pourraient être réservées aux internes en crèche hospitalière et il faudrait réfléchir à des moyens de faciliter le recueil et la conservation du lait en crèche. A Saint Etienne, le syndicat des internes a mis en place une microcrèche privée pour les internes mais elle a finalement fermé.

Les difficultés rencontrées pour réaliser les obligations universitaires :

Les internes ayant des enfants et allaitant sont contraintes par les obligations universitaires qui leur demandent une grande adaptation. On peut imaginer des **horaires plus flexibles ou des cours à distance et des délais rallongés pour valider thèse et mémoire** chez les internes allaitantes.

3. Impact

a. *Influence sur la pratique*

Si les mères de la population générale peuvent, par leur expérience positive ou négative de l'allaitement, influencer leur entourage dans leur choix d'allaiter ou non, on peut imaginer que cette situation **peut poser problème dans la pratique médicale**. Peu d'internes ont évoqué spontanément l'incidence de leur allaitement sur leur abord de l'allaitement. On peut se demander si leur vécu n'a pas modifié leur pratique ou si elles n'ont pas encore eu l'occasion de voir des patientes allaitantes ou si elles ont peut-être oublié d'en parler.

Une interne qui a eu une expérience positive d'allaitement sans complication et une vision « naturelle » de cette expérience semble ne pas avoir développé de compétence particulière pour sa pratique et dit ne pas donner trop de conseils aux patientes pour que cela reste un acte naturel. Celles qui n'ont pas aimé allaiter, n'en parlent pas ou sont vigilantes à ce qu'elles ne se forcent pas à allaiter en premier lieu et ne semblent pas à l'aise pour les informer.

Une thèse récente de 2014 chez les internes français de médecine générale (102) a montré que l'expérience personnelle d'allaitement positive, bien qu'elle ne peut être considérée comme nécessaire et suffisante dans l'acquisition de compétences, a changé leur pratique : elles abordent plus aisément et spontanément l'allaitement maternel en consultation, ont approfondi leurs connaissances techniques et ont appris à conseiller et à orienter les patientes.

Une étude américaine de 2015 chez des internes de pédiatrie (103) rapporte que les émotions négatives ressenties à cause de l'échec d'un projet d'allaitement par rapport aux exigences du cursus médical influençaient la manière dont elles conseillaient l'allaitement : elles étaient plus sensibles aux sentiments négatifs ressentis par les femmes rencontrant des difficultés d'allaitement et les encourageaient à ne pas aller plus loin dans leur allaitement. Par exemple elles pouvaient ne pas encourager à allaiter et travailler.

Ainsi il est important de soutenir les internes dans leur projet personnel d'allaitement et les aider à prendre du recul sur leur expérience personnelle pour leur permettre garder une attitude neutre dans la délivrance d'information et pour un choix libre et éclairé des patients et un accompagnement juste.

b. Construction de leur identité professionnelle.

Dans notre étude, le fait d'avoir eu un **parcours atypique et d'avoir déjà concilié sa vie de famille ou ses loisirs avec les études semblent être une aide pour mieux concilier l'allaitement et le travail et allaiter plus longtemps**. De plus la manière dont l'interne concilie allaitement et travail pendant l'internat peut donner une idée de sa **projection future de la conciliation vie professionnelle/vie de famille**.

Plusieurs études (104,105) ont évalué l'impact des expériences personnelles et professionnelles intervenant dans la construction de l'identité professionnelle. Celle-ci est continuellement en construction et s'intègre dans le parcours de vie de la personne.

Les événements de vie, en particulier les périodes de changement, représentent des moments importants où l'individu va reconsidérer ses investissements dans les différentes sphères de vie. Il va chercher une rééquilibration en fonction des priorités accordées à son travail ou sa famille (106).

L'internat étant une période de transition entre la vie étudiante et de médecin, on peut imaginer que ce serait une période intéressante pour évaluer les rapports qu'entretient l'interne avec sa vie de famille et son travail (107,108). Cela permettrait de prévenir les changements du rapport vie professionnelle/vie personnelle rencontrés par la maternité et permettre à l'interne de mieux concilier ses projets personnels (comme l'allaitement) et l'internat et préparer son projet de vie, avec un équilibre vie de famille/projet professionnel (104,109–111).

Cet équilibre pourrait permettre aux soignants d'augmenter leur satisfaction par rapport à leur travail, d'éviter les regrets de choix de carrière et ainsi prévenir le burnout (112–115).

On peut ainsi imaginer, grâce au modèle trouvé dans notre étude, que repérer le profil de l'interne pourrait permettre de délivrer une information et des aides adaptées pour l'accompagner dans son allaitement et plus généralement dans son choix de vie. Ce repérage peut se faire en amont de l'allaitement, même avant la grossesse.

Plusieurs études récentes étrangères encouragent au repérage des personnalités pendant les études médicales pour mieux orienter les étudiants par rapport au choix de leur projet professionnel et de vie. (116–118)

- Si l'interne a un rapport au travail important ou un mode éducatif favorisant le partage des tâches avec son conjoint ou n'a pas de modèle familial d'allaitement :

On peut se trouver dans le modèle de l'allaitement imposé ou savant.

Il faudrait vérifier en premier lieu s'il existe un désir d'allaiter. S'il n'y a pas de désir d'allaiter : déculpabiliser, écouter les freins et vérifier si c'est un choix éclairé. S'il y a un désir d'allaiter ou une volonté d'allaiter : rechercher les freins et essayer de les lever, vérifier le soutien du père, informer l'interne et le père sur la parentalité, les besoins de l'enfant et la physiologie de l'allaitement et décider d'un allaitement exclusif ou partiel en concertation avec le couple. Anticiper les complications au démarrage et renforcer la confiance de l'interne en sa capacité à allaiter. Les soutenir à la parentalité.

Les informer que l'allaitement est possible à la reprise et les revoir à distance pour réévaluer la situation selon le maintien ou non de l'allaitement et leur donner des aides concrètes pour concilier allaitement et travail. Les aider à augmenter la place accordée à la vie personnelle par rapport à la vie professionnelle et trouver un rythme de vie adapté selon le désir de l'interne et les aider à planifier un prochain allaitement si elles le souhaitent.

- Si l'interne a un modèle culturel d'allaitement sans modèle familial de conciliation avec le travail :

On peut se trouver dans le modèle d'allaitement culturel.

Vérifier son choix d'allaitement exclusif et s'il est bien souhaité : informer l'interne mais aussi le père et l'entourage en premier lieu sur la physiologie de l'allaitement et vérifier qu'il n'existe pas de fausses croyances. Recommander en plus un suivi et un soutien professionnel avec un professionnel compétent en allaitement et/ou des groupes de soutien. Proposer un modèle de conciliation avec le travail et aider à concilier allaitement et travail puis vie de famille et profession pour ne pas abandonner son projet professionnel.

- Si l'interne a un désir d'avoir des enfants jeune ou plusieurs enfants pendant l'internat et veut profiter d'eux avec ou non un modèle familial d'allaitement :

On peut se trouver dans le modèle d'allaitement naturel avec maternage proximal.

Vérifier son choix d'allaitement exclusif et s'il est bien souhaité : Informer l'interne mais aussi le père sur la physiologie de l'allaitement. Recommander en plus un suivi et un soutien professionnel avec un professionnel compétent en allaitement et/ou des groupes de soutien. Renforcer le soutien parental. Aider éventuellement l'interne à prendre du temps en dehors de la dyade s'il y a un besoin ressenti. Vérifier la présence de modèle de conciliation et aider à concilier allaitement et travail puis vie de famille et profession pour ne pas abandonner son projet professionnel.

- Si l'interne a déjà concilié vie personnelle et vie professionnelle avec une importance des loisirs ou a un parcours atypique :

On peut se trouver dans le modèle confiant.

Vérifier la volonté/motivation de l'interne, et établir un projet d'allaitement. Vérifier le soutien du père et éventuellement du moyen de garde pour la gestion du quotidien, renforcer le soutien familial si possible. Vérifier les informations sur la physiologie de l'allaitement et prévenir les difficultés. Recommander un soutien professionnel/groupes de soutien et l'accompagner pour concilier allaitement et loisirs puis allaitement et travail puis à concilier vie de famille et profession.

Ainsi on pourrait imaginer une personne référente pour le suivi de l'allaitement et du choix de vie. La médecine du travail pourrait permettre un soutien spécifique à l'allaitement et à la conciliation vie personnelle vie professionnelle. Le médecin généraliste a toute sa place dans ce repérage et ce soutien. L'entourage personnel comme professionnel pourraient également permettre le repérage du profil.

On peut également imaginer valoriser les projets personnels des étudiants pendant les études médicales. Les internes conciliant vie de famille et vie professionnelle pourraient par exemple servir de modèles aux autres étudiants pour mieux se projeter dans leur projet de vie et créer leur identité professionnelle propre.

CONCLUSIONS

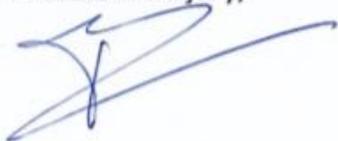
Les internes sont des médecins en devenir mais aussi des femmes et des mères. Elles sont bien conscientes des bienfaits du lait maternel et des recommandations actuelles mais elles ont également leur propre histoire et leurs propres attentes ou craintes de cette expérience intime et personnelle que représente l'allaitement.

La place qu'elles vont accorder à leur allaitement maternel dépend de la manière dont elles vont se décider à allaiter et se projeter dans cet allaitement, mais aussi de leur rapport au travail et de leur conception de la parentalité. Leur expérience personnelle et professionnelle avait une grande influence sur la planification et le vécu de l'allaitement. Le père avait un rôle important dans la gestion de leur quotidien.

Les internes ne vivent pas toujours une expérience positive en allaitant et il est important qu'elles soient accompagnées, comme des mères ordinaires, pour faire un choix libre et éclairé du mode d'alimentation de leur enfant, mais aussi qu'elles soient préparées à la parentalité et soutenues à la reprise du travail. Les professionnels de santé, l'entourage personnel et professionnel peuvent jouer un rôle important de soutien de l'interne allaitante.

Le repérage du profil de l'interne par les professionnels de santé ou les proches permettrait donc d'anticiper les difficultés rencontrées et de trouver rapidement des solutions adaptées à mettre en place pour améliorer le vécu de l'allaitement chez les internes. Ces aménagements pourraient aider les internes à se projeter plus facilement dans un exercice professionnel plus équilibré, mêlant travail, vie de famille et activités de loisirs et ainsi participer à l'amélioration de la santé des jeunes médecins.

Le Président du jury,



Pr. F. HUET

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 30 NOVEMBRE 2018
Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

BIBLIOGRAPHIE

1. Le Roy Ladurie E. L'allaitement mercenaire en France au XVIIIe siècle. *Communications*. 1979;31(1):15-21.
2. Knibiehler Y. L'allaitement et la société. *Rech Féministes*. 2003;16(2):11-33.
3. Rollet C. Allaitement, mise en nourrice et mortalité infantile en France à la fin du XIXe siècle. *Population*. 1978;33(6):1189-203.
4. Fauve-Chamoux A. La femme devant l'allaitement. *Ann Démographie Hist*. 1984;1983(1):7-22.
5. Rollet C. Histoire de l'allaitement en France : pratiques et représentations [Internet]. 2005 [cité 8 déc 2018]. Disponible sur: https://www.santeallaitementmaternel.com/se_former/histoires_allaitement/allaitement_rollet.php
6. Assemblée mondiale de la Santé 54. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2001 [cité 28 nov 2018]. Report No.: WHA54.2. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/84675>
7. Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2002 [cité 7 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf
8. FAVORISER L'ALLAITEMENT MATERNEL Processus - Évaluation [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2006. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doc.chem.al_22-11-07.pdf
9. PNNS 2018 - 2022 objectifs quantifiés allaitement maternel [Internet]. Co-naître. [cité 6 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.co-naître.net/actualites/pnns-2018-2022-objectifs-quantifies-avis-9-fevrier-2018/>
10. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. janv 2017;64(1):119.
11. Turck D. Plan d'action : Allaitement maternel [Internet]. 2010. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000420.pdf>
12. Bitoun P. Valeurs économiques de l'allaitement maternel. *Doss L'obstétrique*. 1994;216.
13. Salanave B, De Launay C, Boudet-Berquier J, Castetbon K. Durée de l'allaitement maternel en France (Epifane 2012-2013). In: *Bull Epidémiol Hebd* [Internet]. Institut de veille sanitaire; 2014. p. 8. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/27/pdf/2014_27_2.pdf
14. Vilain A. Deux nouveau-nés sur trois sont allaités à la naissance - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Ministères des Solidarités et de la Santé. 2016 [cité 5 déc 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er958.pdf>
15. Huet F, Maigret P, Elias-Billon I, Allaert FA. Identification des déterminants cliniques, sociologiques et économiques de la durée de l'allaitement maternel exclusif. *J Pédiatrie Puériculture*. 30 août 2016;29(4):177-87.

16. Favier-Steeger L. Les causes de sevrage d'allaitement maternel dans les six premiers mois de la vie de l'enfant : étude rétrospective auprès de 104 mères allaitantes. [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1; 2006 [cité 7 oct 2018]. Disponible sur: http://urmlra.indus.imdeo.com/upload/editor/C5.2.1PJ4_1184835260594.pdf
17. Scott JA, Binns CW. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeed Rev Prof Publ Nurs Mothers Assoc Aust.* mars 1999;7(1):5-16.
18. Malaterre Protais C. Allaitement maternel et sevrage en France métropolitaine: revue narrative sur les facteurs liés à une durée d'allaitement maternel inférieure aux recommandations [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2017.
19. Bonet M, Marchand L, Kaminski M, Fohran A, Betoko A, Charles M-A, et al. Breastfeeding duration, social and occupational characteristics of mothers in the French « EDEN mother-child » cohort. *Matern Child Health J.* mai 2013;17(4):714-22.
20. César C. Déterminants sociaux de l'allaitement [Internet]. INSERM; Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6522/?sequence=16>
21. Gjembal Eknes K. FINANCING EARLY CHILDHOOD EDUCATION AND CARE IN NORWAY [Internet]. Norwegian Ministry of Children and Family Affairs; 2000. Disponible sur: <https://www.oecd.org/education/skills-beyond-school/1917465.pdf>
22. Les études médicales - UFR des Sciences de Santé - Université de Bourgogne [Internet]. UFR Sciences de santé Dijon. [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: <http://sante.u-bourgogne.fr/formation-initiale/etudes-medicales.html>
23. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine [Internet]. Sect. articles 41,42,43,44. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034419758>
24. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation [Internet]. 2016-1597 nov 25, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033479390&categorieLien=id>
25. Code de l'éducation - Article R632-22. Code de l'éducation.
26. La féminisation : une chance à saisir | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Conseil national de l'Ordre des médecins. 2005 [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-feminisation-une-chance-saisir-729>
27. Hardy-Dubernet A-C. Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? *RFAS.* 2005;(1-2005):65.
28. Bessière S. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. *Rev Fr Aff Soc.* 2005;(1):17-33.
29. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2017. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf

30. Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé. Etudes Résultats [Internet]. juill 2015;(0927). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er927.pdf>
31. Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes. Trois études sur la féminisation de la profession médicale [Internet]. URML RA Edition; 2005. Disponible sur: <http://www.urps-med-aura.fr/medias/content/files/publications/etudesfeminisation-1439993950.pdf>
32. Sawaya Z, Bouillot A. Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d’Ile-de-France [Internet]. Rapport d’analyse présenté à; 2013 mai; Paris. Disponible sur: <http://www.sihp.fr/usrfile/399/Rapport%20SOFRES.pdf>
33. Gauthier-Faure M. Les jeunes médecins veulent mieux concilier vie professionnelle et vie privée [Internet]. lemonde.fr. 2013 [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sante/article/2013/06/20/les-jeunes-medecins-veulent-mieux-concilier-vie-professionnelle-et-vie-privee_3433384_1651302.html
34. Couffinhal M, Chabanne M, Roblot P, Chabanne M, Rodier M-H, Lafay-Chebassier C, et al. La féminisation de la médecine générale: entre attente des internes et réalité de la pratique actuelle [Internet] [Thèse d’exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2017. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/896d3378-8708-497c-87e7-22e435f8eb21>
35. Davie E. Un premier enfant à 28 ans - Insee Première - 1419 [Internet]. Insee. 2012 [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281068>
36. Suty M. La grossesse chez les internes de médecine générale et de spécialité: enquête auprès de 399 internes de la Faculté de Médecine de Nancy [Thèse d’exercice]. Université de Nancy I. Faculté de médecine; 2006.
37. Grossesse [Internet]. ISNAR-IMG. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/protection-sociale/grossesse/>
38. Code de la santé publique - Article R6153-13. Code de la santé publique.
39. Congé maternité [Internet]. [cité 27 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/famille/maternite-paternite-adoption/conge-maternite>
40. Congé parental dans la fonction publique [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F517>
41. Fonction publique : congé de présence parentale [Internet]. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F565>
42. Fonction publique : congé de solidarité familiale [Internet]. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17949>
43. Farge M. Le guide pratique de l’interne en médecine [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.sihp.fr/PDF/GuideInterneSeptembre2016.pdf>
44. Décret n° 2010-700 du 25 juin 2010 modifiant le décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l’organisation du troisième cycle des études médicales [Internet]. 2010-700 juin 25, 2010. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022392687&categorieLien=id>

45. Denfert-Gaget L. Évaluation du décret de juin 2010 concernant le statut de l'interne enceinte: enquête sur le stage en surnombre auprès d'internes de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2013.
46. Décret n° 2016-675 du 25 mai 2016 relatif à la prise en compte de la situation particulière de certains étudiants inscrits en troisième cycle des études de médecine et en troisième cycle long des études odontologiques dans le déroulement de leur formation universitaire en stage [Internet]. 2016-675 mai 25, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032587192&categorieLien=id%20>
47. De Rouffignac H. Allaitement et internat de médecine générale: est-ce compatible? Enquête descriptive et transversale en France métropolitaine [Internet] [Thèse d'exercice: médecine]. [Poitiers]: Université de Poitiers; 2014. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/441afcc9-d27e-494e-b919-9c3efe71fa8e>
48. Code du travail [Internet]. Code du travail. Sect. Article L1225-30, Article L1225-31, Article L1225-32, Article L1225-33. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=6E37789DA8EBAE78730F2295FB63B0F3.tplgfr38s_1?idSectionTA=LEGISCTA000006195594&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20181115
49. Levecq M. Comment les internes de médecine générale de Lille concilient parentalité et études médicales ? [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
50. Gojard S. L'allaitement: une pratique socialement différenciée. *Rev Polit Soc Fam.* 1998;53(1):23-34.
51. Gojard S. L'allaitement, une norme sociale. *Spirale.* 2003;27(3):133-7.
52. de Sousa AM, Fracolli LA, Zoboli ELCP. [Family practices related to breast-feeding maintenance: literature review and meta-synthesis]. *Rev Panam Salud Publica Pan Am J Public Health.* août 2013;34(2):127-34.
53. Oliveira IBB, Leal LP, Coriolano-Marinus MW de L, Santos AH da S, Horta BL, Pontes CM. Meta-analysis of the effectiveness of educational interventions for breastfeeding promotion directed to the woman and her social network. *J Adv Nurs.* févr 2017;73(2):323-35.
54. Accompagner le choix de l'allaitement maternel. *Santé Homme.* juill 2010;(408):52.
55. Razon L, Spiess M, Chevalérias M-P. Idéaux sociétaux et subjectivité. *Conflictualités autour de l'allaitement. Dialogue.* 2014;204(2):103-13.
56. Capponi I, Roland F. Allaitement maternel : liberté individuelle sous influences, Breastfeeding : self-determination under influences. *Devenir.* 17 juin 2013;25(2):117-36.
57. Jurgens M-A. Arrêts précoces d'allaitement au sein : exploration des mécanismes inconscients. *Psychiatr Enfant.* 2009;52(2):403-21.
58. Roques N. Les « psys » et l'allaitement maternel. *Spirale.* 2003;27(3):99-106.

59. Aroud M, Donnez N, Chautems C. Le vécu des femmes qui pratiquent l'allaitement maternel prolongé: travail de Bachelor.
60. Duval M-L. Experiences de femmes autour de l'allaitement maternel prolongé [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen. UFR de médecine; 2013.
61. Pallut Boissard S. Allaitement maternel prolongé: une pratique de santé entre recommandations et clandestinité [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2014.
62. Noirhomme-Renard F, Farfan-Portet M-I, Berrewaerts J. Soutenir l'allaitement maternel dans la durée : quels sont les facteurs en jeu ? [Internet]. Ecole de santé Publique – Centre « Recherche en systèmes de santé »; 2006. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6522/?sequence=16>
63. Fiche action : L'allaitement maternel [Internet]. INPES; Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3n.pdf>
64. Variables associated with breastfeeding duration. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19538614>
65. Delecourt D. Facteurs influençant la décision maternelle d'allaiter au cours de la grossesse: rôle du soignant : étude qualitative [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
66. Schmied V, Beake S, Sheehan A, McCourt C, Dykes F. Women's perceptions and experiences of breastfeeding support: a metasynthesis. Birth Berkeley Calif. mars 2011;38(1):49-60.
67. Nelson AM. A meta-synthesis related to infant feeding decision making. MCN Am J Matern Child Nurs. août 2012;37(4):247-52.
68. A metasynthesis of qualitative breastfeeding studies. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 9 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16504899>
69. Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. J Pédiatrie Puériculture. 1 mai 2009;22(3):112-20.
70. Désir d'allaiter, volonté d'allaiter [Internet]. Co-naître. [cité 9 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.co-naître.net/wp-content/uploads/2016/04/desirvolonteIB.pdf>
71. Charpentier E. Étude descriptive des raisons du choix de l'allaitement artificiel. 29 mai 2012;53.
72. Quellard-Wallyn M. Vécu des premières semaines d'allaitement : étude auprès des mères ayant un projet d'allaitement maternel et propositions d'amélioration [Internet]. [Lille]: Université de Lille; 2015 [cité 9 déc 2018]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-5551>
73. Le guide de l'allaitement maternel [Internet]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/pdf/0910_allaitement/Guide_allaitement_web.pdf
74. Laurent C. L'allaitement mixte: point de vue d'une pédiatre [Internet]. [cité 9 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.illfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1202-da-61-lallaitement-mixte-est-il-possible>

75. Reynes Lorenzi A. Motivations des femmes à poursuivre l'allaitement maternel malgré les complications [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2013.
76. Epifane : épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie / Enquêtes et études / Nutrition et santé / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Nutrition-et-sante/Enquetes-et-etudes/Epifane-epidemiologie-en-France-de-l-alimentation-et-de-l-etat-nutritionnel-des-enfants-pendant-leur-premiere-annee-de-vie>
77. Deloule S, Guyonnet E. Attitudes pratiques et vécu des médecins généralistes en cas d'insuffisance de prise pondérale chez un nourrisson allaité [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2016.
78. Badr HA, Zauszniewski JA. Meta-analysis of the predictive factors of postpartum fatigue. *Appl Nurs Res ANR*. 2017;36:122-7.
79. Dégrange M, Delebarre M, Turck D, Mestdagh B, Storme L, Deruelle P, et al. Les mères confiantes en elles allaitent-elles plus longtemps leur nouveau-né ? *Arch Pédiatrie*. 1 juill 2015;22(7):708-17.
80. Wimmer M. Le rôle des médecins généralistes dans la durée de l'allaitement maternel : enquête prospective sur 6 mois [Internet]. 2014 [cité 9 déc 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01062963/document>
81. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin M, Ho J, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration [Internet]. *Cochrane*. 2016 [cité 9 déc 2018]. Disponible sur: https://www.cochrane.org/CD006425/PREG_antenatal-breastfeeding-education-increasing-breastfeeding-duration
82. Burns E, Schmied V, Sheehan A, Fenwick J. A meta-ethnographic synthesis of women's experience of breastfeeding [Internet]. 2010 [cité 9 déc 2018]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1740-8709.2009.00209.x>
83. Kang NM, Choi YJ, Hyun T, Lee JE. Associations of Breastfeeding Knowledge, Attitude and Interest with Breastfeeding Duration: A Cross-sectional Web-based Study. *J Korean Acad Nurs*. juin 2015;45(3):449-58.
84. Darmangeat V, Koehler C. AA 72 : La poursuite de l'allaitement maternel après la reprise du travail favorise-t-elle l'articulation vie familiale - vie professionnelle ? [Internet]. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1161-72-enquete-travail-allaitement>
85. Le choix d'allaiter [Internet]. [cité 9 déc 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/301.pdf>
86. « Grossesse et accueil de l'enfant » Outil d'intervention en éducation pour la santé des femmes enceintes [Internet]. 2010 [cité 9 déc 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/outils/grossesse-accueil.asp>
87. Influences on Infant Feeding: Perceptions of Mother-Father Parent Dyads. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 9 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28816808>

88. Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. 2005 [cité 9 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_fiche.pdf
89. Mahesh PKB, Gunathunga MW, Arnold SM, Jayasinghe C, Pathirana S, Makarim MF, et al. Effectiveness of targeting fathers for breastfeeding promotion: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 24 sept 2018;18(1):1140.
90. Rempel LA, Rempel JK, Moore KCJ. Relationships between types of father breastfeeding support and breastfeeding outcomes. *Matern Child Nutr*. 2017;13(3).
91. Brown A, Davies R. Fathers' experiences of supporting breastfeeding: challenges for breastfeeding promotion and education. *Matern Child Nutr*. oct 2014;10(4):510-26.
92. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Allaitement maternel: mise en oeuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant : recommandations pour la pratique clinique. *Mises À Jour En Gynécologie Obstétrique*. 2002;
93. Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Nicklaus S, Geay B, et al. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. *Bull Epidemiologique Hebd - BEH*. 2015;(27):522-32.
94. Meek JY. Breastfeeding in the workplace. *Pediatr Clin North Am*. avr 2001;48(2):461-74, xvi.
95. Xiang N, Zadoroznyj M, Tomaszewski W, Martin B. Timing of Return to Work and Breastfeeding in Australia. *Pediatrics*. 2016;137(6).
96. Mandal B, Roe BE, Fein SB. The differential effects of full-time and part-time work status on breastfeeding. *Health Policy Amst Neth*. sept 2010;97(1):79-86.
97. Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin – patient. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux*. 2002;29(2):213-37.
98. Turck D. Un plan d'action pour l'allaitement maternel. *Cah Puéricultrice*. 10 nov 2011;48(249):13-5.
99. Acroute Vial F. Connaissances, compétences et formation des internes de médecine générale à Nice concernant l'allaitement maternel [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2009.
100. Le médecin malade | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Conseil national de l'Ordre des médecins Allaitement et internat de médecine générale. 2008 [cité 9 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lemedecinmalade.pdf>
101. Devergne-Clement B. Facteurs influençant l'arrêt de l'allaitement maternel au cours du premier mois [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2006.
102. Legrand A. Apport du vécu personnel dans la prise en charge de l'allaitement maternel en consultation de médecine générale : enquête qualitative par entretiens semi dirigés auprès des Internes de médecine générale du Nord-Pas-de-Calais [Internet] [Thèse d'exercice: médecine]. [Lille]: Université de Lille; 2014. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-3489>

103. Dixit A, Feldman-Winter L, Szucs KA. « Frustrated, » « depressed, » and « devastated » pediatric trainees: US academic medical centers fail to provide adequate workplace breastfeeding support. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc.* mai 2015;31(2):240-8.
104. Chow CJ, Byington CL, Olson LM, Ramirez KPG, Zeng S, López AM. A Conceptual Model for Understanding Academic Physicians' Performances of Identity: Findings From the University of Utah. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* oct 2018;93(10):1539-49.
105. Helmich E, Yeh H-M, Yeh C-C, de Vries J, Fu-Chang Tsai D, Dornan T. Emotional Learning and Identity Development in Medicine: A Cross-Cultural Qualitative Study Comparing Taiwanese and Dutch Medical Undergraduates. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2017;92(6):853-9.
106. Mègemont J-L, Baubion-Broye A. Dynamiques identitaires et représentations de soi dans une phase de transition professionnelle et personnelle. *Connexions.* 2001;76(2):15-28.
107. Avenel C. Transitions identitaires chez les entrants en études de médecine. *Quest Vives Rech En Éducation* [Internet]. 15 déc 2015 [cité 9 déc 2018];(N° 24). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/questionsvives/1761>
108. Maunaye E. Les cheminements des étudiants vers l'insertion professionnelle : entre se « placer » et se « trouver ». *Form Empl Rev Fr Sci Soc.* 31 déc 2013;(124):7-22.
109. Côté N, Bernard P, Malenfant R. Le rapport au travail vu à travers la perspective des parcours de vie [Internet]. Disponible sur: http://www.crimt.org/AV/3_8/3_8_COTE_Bernard_Malenfant_PPT.pdf
110. Kay D, Berry A, Coles NA. What Experiences in Medical School Trigger Professional Identity Development? *Teach Learn Med.* 2 avr 2018;1-9.
111. Wilson I, Cowin LS, Johnson M, Young H. Professional Identity in Medical Students: Pedagogical Challenges to Medical Education. *Teach Learn Med.* 1 oct 2013;25(4):369-73.
112. Kumar VD. Understanding depression among medical students through the eyes of professional identity formation. *Med Teach.* 28 juill 2018;1.
113. Bues C. Burn Out : médecins en difficulté [Internet]. Conseil départemental du Val de Marne de l'Ordre des médecins. 2018 [cité 9 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.conseil94.ordre.medecin.fr/content/burn-out-medecins-difficulte>
114. Delbrouck M. La situation des étudiants en médecine. In: *Le burn-out du soignant* [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2008. p. 139-64. (Oxalis; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-burn-out-du-soignant--9782804100995-p-139.htm>
115. Association of Clinical Specialty With Symptoms of Burnout and Career Choice Regret Among US Resident Physicians. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30422299>
116. Harris J, McKay D. Personality distribution of Canadian medical students: A first look. *Can Med Educ J.* mai 2018;9(2):e11-9.
117. Markert RJ, Rodenhauer P, El-Baghdadi MM, Juskaite K, Hillel AT, Maron BA. Personality as a prognostic factor for specialty choice: a prospective study of 4 medical school classes. *Medscape J Med.* 27 févr 2008;10(2):49.

118. Kwon OY, Park SY. Specialty choice preference of medical students according to personality traits by Five-Factor Model. Korean J Med Educ. mars 2016;28(1):95-102.

ANNEXES

I. Courriel de recrutement

Bonjour à tous,

Je suis médecin généraliste remplaçante.

Je réalise ma thèse sur le vécu de l'allaitement maternel chez les internes bourguignons.

Il s'agit d'une étude qualitative en entretiens semi-dirigés, de visu, d'une durée de quarante minutes en moyenne, enregistrés avec votre accord et qui seront anonymisés.

Je souhaiterais interroger des internes de toute spécialité, femmes ou hommes, tout âge confondu, ayant vécu/ ou dont la conjointe a vécu un allaitement maternel pendant leur internat, actuel ou passé (même de très courte durée ou arrêté avant la reprise du travail).

Je m'adapterai à vos emplois du temps respectifs, afin que l'on puisse se rencontrer.

Je vous remercie pour l'aide que vous pourrez m'apporter dans ce travail. J'espère que vous serez nombreux à vouloir partager votre expérience de l'allaitement en tant qu'internes !

Bien cordialement,

Nitya Minatchy

II. Formulaire de consentement

Bonjour,

Je te propose de participer à une étude qualitative sur les représentations et le vécu de l'allaitement maternel chez les internes de médecine bourguignons dans le cadre de ma thèse de médecine générale.

Ta participation consiste à me raconter des moments de ta vie personnelle en rapport avec mon sujet de thèse.

L'entretien durera en moyenne une heure mais je n'ai aucune contrainte horaire. Je suis là principalement pour écouter ce que tu as à me raconter. Il y'aura un court formulaire à remplir en fin d'entretien pour avoir quelques données sociodémographiques.

Mon guide n'est qu'un support. En aucun cas il s'agit d'un questionnaire, auquel tu dois répondre.

Je suis prête à tout entendre.

N'hésite pas à approfondir tes idées, à y ajouter des commentaires car tout ce que tu as à me raconter m'intéresse. Tu as le droit, à tout moment de refuser de répondre à une question, et de vouloir te retirer de l'étude, sans justification.

Je vais démarrer l'enregistrement pour pouvoir exploiter tes données par la suite. Tous les noms ou lieux que tu pourrais citer au cours de l'entretien ne seront pas mentionnés par respect de l'anonymat des données.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, tu disposes d'un droit d'accès et de rectification. Tu disposes également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Je soussignée ,
atteste avoir obtenu le consentement libre et éclairé de.....

pour l'étude sur le « vécu de l'allaitement maternel chez les internes bourguignons », après l'avoir informée des points suivants :

- La nature de l'étude, la méthode et la durée.
- L'enregistrement audio de l'entretien et la garantie de l'anonymat des données
- Son droit d'accepter ou de refuser de répondre à une question et de se retirer à tout moment de l'étude.

Date :

Signature de l'investigatrice :

Signature de la participante :

III. Questionnaire remis en fin d'entretien

- Sexe :
- Age :
- Statut marital :
- Mode de vie :
 - Seul ou en couple
 - Habitation (ville/campagne, maison/appartement)
- Nombre d'enfant(s) :
 - Date(s) de naissance/âge
 - Combien allaités ? date de début/ fin, exclusif ou partiel
 - Âge de diversification
 - Âge à la reprise du travail
- Cursus professionnel : date de début +/- fin de ton internat, stages pendant et après grossesse(s), surnombre/dispo
- Conjoint (sexe ? âge ? profession ?)

IV. Guide d'entretien

Présentation de l'étude.

Consentement écrit.

Je vais démarrer l'enregistrement pour pouvoir exploiter tes données par la suite. Tous les noms ou lieux que tu pourrais citer au cours de l'entretien ne seront pas mentionnés par respect de l'anonymat des données.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, peux-tu te présenter, me parler un peu de toi ?

Tu as eu au moins un enfant pendant tes études, peux-tu me raconter comment tu es devenue maman pendant tes études et comment ça s'est passé ?

Comment s'est passée ta vie de famille pendant l'internat ?

Comment s'est passée l'arrivée de ton/tes enfant(s) ?

Comment en es-tu venue à allaiter et comment s'est passé ton allaitement ?

Que retires-tu de ton expérience de l'allaitement ?

Merci pour ton témoignage.

TITRE DE LA THESE : QUELLE PLACE OCCUPE L'ALLAITEMENT MATERNEL DANS LA VIE DES INTERNES BOURGUIGNONNES ALLAITANT PENDANT L'INTERNAT ?

AUTEUR : MINATCHY NITYA DEVI

RESUME :

INTRODUCTION : En France, les études médicales sont longues et depuis plusieurs années, on observe une féminisation des promotions. L'internat représente une période de transition entre la vie d'étudiant et de médecin mais c'est aussi une période pendant laquelle certains internes deviennent parents. Le décret du 25 juin 2010 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales a permis des aménagements pour répondre aux besoins des internes enceintes avec notamment la création des stages en surnombre. Depuis, plusieurs études ont été faites sur le vécu de la grossesse et de la parentalité pendant l'internat mais peu spécifiquement sur l'allaitement. L'objectif de l'étude était d'explorer le vécu de l'allaitement maternel chez les internes bourguignonnes allaitant pendant l'internat.

MÉTHODE : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès d'internes de plusieurs spécialités ayant allaité au moins un enfant au cours de l'internat. Les entretiens ont été réalisés entre janvier et juillet 2018 en Bourgogne. Le recueil a été poursuivi jusqu'à saturation des données. L'analyse a été faite selon la méthode de la théorisation ancrée.

RÉSULTATS : Au total, quinze entretiens ont été réalisés. Le désir d'allaiter n'était pas toujours présent et le projet d'allaitement était souvent vague contrairement à la grossesse qui était planifiée. L'expérience personnelle comme professionnelle avaient une grande influence sur la planification et le vécu de l'allaitement. Plusieurs difficultés ont été soulevées dans le vécu de la parentalité et lors de la reprise du travail. La fusion mère enfant n'était pas toujours bien vécue et le père avait une place importante dans la vie de l'interne. La reprise était souvent différée et le choix de stage calculé. Elles s'étaient organisées différemment pour inclure l'allaitement dans leur quotidien. Les internes ayant pu concilier allaitement et travail soulignaient un meilleur soutien de la part des collègues, du conjoint et des professionnels de santé. Au sein de ce vécu, cinq profils ont pu être établis à partir des variations existantes entre les internes.

DISCUSSION : Les internes ont besoin d'être informées comme des mères ordinaires. Il est important qu'elles soient soutenues par les professionnels de santé, l'entourage mais aussi les collègues de travail. Le repérage du profil de l'interne selon les 5 modèles proposés pourrait permettre de mieux appréhender les difficultés rencontrées pour concilier leur allaitement avec la parentalité et le travail dans les conditions actuelles de l'internat.

MOTS-CLES : ALLAITEMENT NATUREL, INTERNAT, SANTE AU TRAVAIL, FEMMES ACTIVES, ETUDIANT MEDECINE

BREASTFEEDING, INTERNSHIP AND RESIDENCY, OCCUPATIONAL HEALTH, WORKING WOMAN, MEDICAL STUDENT