



HAL
open science

Les obstacles à l'allaitement maternel chez les femmes en situation de précarité : étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Mélanie Jacques

► To cite this version:

Mélanie Jacques. Les obstacles à l'allaitement maternel chez les femmes en situation de précarité : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Sciences du Vivant [q-bio]. 2014. hal-01770653

HAL Id: hal-01770653

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01770653>

Submitted on 9 Apr 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MEDECINE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

DANS LE CADRE DU TROISIEME CYCLE DE MEDECINE GENERALE

PAR

MELANIE JACQUES

LE 25 AVRIL 2014

**LES OBSTACLES A L'ALLAITEMENT MATERNEL CHEZ LES FEMMES EN SITUATION
DE PRECARITE :**

ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES

Membres du jury

M. le Professeur Philippe Judlin	Président du jury
M. le Professeur François Kohler	Juge
M. le Professeur Olivier Morel	Juge
M. le Professeur Paolo Di Patrizio	Juge et co-directeur de thèse
Mme le Docteur Laure Ecuier	Juge et co-directrice de thèse

LISTE DES PROFESSEURS

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances » : **Professeur Marc BRAUN**
Vice-Doyen « Formation permanente » : **Professeur Hervé VESPIGNANI**
Vice-Doyen « Vie étudiante » : **M. Pierre-Olivier BRICE**

Asseseurs :

- 1 ^{er} Cycle et délégué FMN Paces :	Docteur Mathias POUSSEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
• « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO
• « <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
• « <i>Gestion DU – DIU</i> »	
- Plan campus :	Professeur Bruno LEHEUP
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	Professeur Laurent BRESLER
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	Docteur Christophe NEMOS
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	Docteur Stéphane ZUILY
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Réingénierie professions paramédicales :	Mme la Professeure Annick BARBAUD

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
 Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
 Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER
 Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
 Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
 Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
 Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
 Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN
 Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE
 Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert
 PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean
 PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
 René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
 Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul
 VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL
 Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE
 Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ
 Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD
 Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER
 Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET
 Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX
=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER
=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO
=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : oncologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

Président de jury

M. le Professeur Judlin, je vous remercie d'avoir accepté la présidence de ma thèse.

Membres du jury

M. le Professeur Kohler, merci d'avoir accepté d'être juge de ma thèse.

M. le Professeur Olivier Morel, merci d'avoir accueilli mon projet avec enthousiasme et accepté d'être juge de ma thèse.

M. le Professeur Di Patrizio, je vous remercie d'avoir accepté d'être directeur de ma thèse, de m'avoir guidée dans la méthodologie et le déroulement de l'analyse des entretiens. Pour votre écoute attentive, votre disponibilité, merci.

Mme le Docteur Laure Ecuier, merci pour ta présence et ton soutien aux différentes étapes. Nos échanges riches tout au long de mon stage de médecine générale ont permis d'aiguiser mon sens critique.

Support méthodologique

Je remercie Ingrid Volery, Maître de Conférence en sociologie à l'Université de Lorraine, pour votre aide méthodologique précieuse, votre analyse fine, et vos conseils bibliographiques.

Je remercie les professionnels de Protection Maternelle et Infantile de Meurthe-et-Moselle qui m'ont soutenue dès le début dans mon projet de thèse et qui en ont facilité la réalisation.

Je remercie le Centre Maternel des Islettes pour son chaleureux accueil et l'aide apportée.

Famille

A Yann, mon mari, tu es tout pour moi.

A Clément, notre petit garçon, tu es ma joie de vivre.

A mon père et à ma mère, qui avez toujours cru en moi. Vous m'avez donné de vivre une vie extraordinaire, grâce à votre courage et votre amour.

A mes frères et sœur, Camille, Thibaud, Florent et Antoine, je ne serai rien sans vous.

A mon grand-père et ma grand-mère, soutiens inconditionnels.

A ma belle-famille, qui m'a acceptée comme l'une des leurs avec tendresse.

Amis

A Laurence, toi qui es toujours là. A chaque étape importante, notre amitié se renforce.

A Pauline et Sarah, qui restent présentes malgré la distance qui nous sépare.

Christian, tu m'as fait découvrir la médecine générale, tu as appris à me connaître, tu as vu ma famille grandir, tu me transmets aujourd'hui le flambeau de ton expérience avec tout le soutien affectif et professionnel. Merci.

SERMENT

« **A**u moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

Table des matières

Liste des professeurs	2
Remerciements.....	9
Serment.....	14
Table des matières	16
I. Introduction.....	19
II. Matériel et méthode	20
1. Définitions	20
2. Choix du type d'étude.....	20
3. Préparation des entretiens.....	21
a. Recrutement des participantes	21
b. Information et consentement	21
4. Réalisation.....	22
5. Retranscription.....	22
6. Analyse.....	23
III. Résultats.....	24
1. Résultats quantitatifs.....	24
a. Description de l'échantillon.....	24
b. Analyse	28
2. Résultats qualitatifs.....	29
a. Analyse thématique.....	29
1. Récits des expériences	29
a) Décision d'allaiter	29
b) Etat de santé de la mère	31
c) Rôle des professionnels de santé	33
d) Rôle de l'entourage	35
e) Techniques proprement dites de l'allaitement.....	37
f) Liens avec le corps maternel	40
g) Fin de l'allaitement	41

2. Représentations.....	43
a) Représentations générales de la mère.....	43
b) De la mère en société	44
c) De la relation mère-enfant allaité	45
d) Durée idéale de l’allaitement	47
e) Information sur l’allaitement.....	48
f) Les ambiguïtés du lait maternel	50
IV. Discussion	52
1. Premier modèle : les femmes migrantes.....	52
2. Deuxième modèle : les femmes en situation de précarité issues de milieu défavorisé	57
3. Troisième modèle : Les femmes en situation de précarité issues de milieu favorisé.....	61
V. Conclusion	65
Table des illustrations	66
Bibliographie.....	68
Annexes	74
Annexe 1 : Guide des entretiens	75
Annexe 2 : Questionnaire de recueil des données descriptives	77
Annexe 3 : Informations générales de l’entretien.....	79
Annexe 4 : Formulaire consentement	80
Article	81
Résumé	83

I. Introduction

Alors que les femmes françaises allaitent majoritairement leurs nourrissons à la maternité en France [1 ; 2], les femmes en situation de précarité, plus jeunes, plus isolées, de niveau d'études moins élevé [3], font partie de celles qui initient le moins l'allaitement, ou l'arrêtent plus rapidement [2 ; 4 ; 5].

La pauvreté en France en termes de conditions de vie concerne 12,6% des ménages, elle diminue de façon générale avec l'âge. La population précaire comprend plus particulièrement les familles monoparentales, les jeunes ou les chômeurs, les familles de 3 enfants et plus ainsi que les immigrés [3]. La proportion de femmes dans cette situation augmente progressivement dans le monde [6]. Environ 5% des personnes résidant en France métropolitaine cumulent les deux formes de pauvreté : pauvreté monétaire et pauvreté en conditions de vie [3]. La définition de la précarité de Joseph Wresinski rend compte des critères subjectifs qui sont associés [7].

Les femmes en situation de précarité ont eu leurs grossesses plus jeunes, et avec plus de difficultés que dans la population générale [8]. Les difficultés de cette étape de vulnérabilité vont de la gestation au post-partum, moment pendant lequel beaucoup de couples se séparent, aggravant l'isolement des femmes. L'absence de repères sociaux, familiaux et la précarité du logement compliquent l'accès aux soins [9].

Au moment de la naissance, dans ce contexte de précarité plurifactoriel, surgit une décision à prendre concernant l'allaitement maternel. Cette décision est chargée de leur histoire sociale et personnelle lourde, parfois dans un contexte de maternité non souhaité. Les représentations de l'allaitement sont majoritairement positives parmi les femmes en situation de précarité, mais en décalage avec le déroulement réel de l'allaitement maternel [10 ; 11]. D'après une étude québécoise [12], le sevrage précoce est plus fréquent dans la population précaire en raison de l'introduction précoce des substituts de lait –confirmée par une étude sur la population générale[13]-, d'un plus bas niveau d'éducation et de la primiparité plus représentée.

La promotion de l'allaitement maternel repose majoritairement sur l'argumentaire du corps médical, insistant sur les bienfaits en terme de santé maternelle et infantile [14 ; 15 ; 16]. Les professionnels de santé ont un rôle important dans le soutien à long terme des femmes et leur information [17 ; 18 ; 19].

Notre étude a pour objectif de déterminer les obstacles à l'allaitement maternel chez les femmes en situation de précarité. Il s'agit d'évaluer comment les professionnels de santé peuvent promouvoir l'allaitement maternel auprès d'elles, en prenant davantage en compte leur situation socioprofessionnelle, le poids générationnel, leurs représentations de l'allaitement, l'individualisation de chaque situation avec ses propres difficultés et chances de réussite.

II. Matériel et méthode

1. Définitions

Le terme d'**allaitement maternel exclusif** désigne une alimentation au sein exclusive du nouveau-né, à l'exception de tout autre ingestat.

Le lait maternel donné par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère ou d'un biberon après utilisation du tire-lait, est considéré comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein.

Le terme d'**allaitement maternel mixte** désigne un allaitement maternel associé à une autre alimentation, comme le lait artificiel, ou toute autre nourriture.

Le terme de **durée totale d'allaitement** correspond à la somme des durées d'allaitement maternel exclusif et mixte.

2. Choix du type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par entretiens individuels semi-dirigés.

Dans la population précaire, en raison de la faible prévalence de l'allaitement, une étude quantitative n'était pas réalisable. Une étude qualitative est apparue plus opportune pour obtenir du discours des éléments sur le vécu de l'allaitement dans cette population.

Il n'est pas dans l'objectif de l'étude de comparer ses résultats à la population générale mais de retrouver les modalités propres de l'allaitement maternel dans la population précaire. En raison du caractère intime du sujet traité, le choix d'entretiens individuels semi-dirigés a paru le plus pertinent.

3. Préparation des entretiens

a. Recrutement des participantes

Les critères d'inclusion de la population étaient les suivants : mère d'au moins un enfant, en situation de précarité, dont le dernier enfant est âgé de moins de 6 ans, parlant couramment Français ou accompagnée d'une personne de confiance pouvant traduire, sans nécessairement avoir eu d'expérience d'allaitement.

Le recrutement s'est poursuivi, jusqu'à l'obtention de la saturation des données. Cet objectif a été atteint avec onze femmes au total. Elles ont été recrutées sur la base du volontariat, lors de consultations de Protection Maternelle Infantile sur le territoire du Lunévillois, en Meurthe-et-Moselle, pour six d'entre elles et lors de leur séjour dans le Centre Maternel des Islettes, localisé en Meuse, pour cinq d'entre elles.

La définition de la situation de précarité est subjective. Les critères reconnus sont : l'insuffisance des ressources et/ou les difficultés de gestion financière, les restrictions de consommation, la difficulté de logement, l'isolement, la présence de problèmes de santé (notamment d'une déficience intellectuelle). Les professionnels de Protection Maternelle Infantile ont été sollicités pour le recrutement de ces femmes selon la présence dans leur situation d'au moins deux de ces critères.

Au Centre Maternel des Islettes, la situation est différente, puisque le séjour de ces femmes était conditionné par des facteurs de difficulté multiples, par exemple une menace d'emprisonnement, une séparation de couple, des inquiétudes judiciaires face aux enfants (plusieurs enfants de la fratrie précédemment placés en famille d'accueil), des violences conjugales, des conflits familiaux entraînant des difficultés de logement.

b. Information et consentement

Les informations concernant ces entretiens ont été données à ces femmes par voie orale par les professionnels de Protection Maternelle et Infantile et par le directeur du Centre Maternel. Elles étaient préalablement informées de l'objectif de l'étude afin de planifier un rendez-vous pour les entretiens.

A chaque entretien, une information écrite identique a été lue à chaque participante en précisant le cadre de l'étude (thèse de doctorat en médecine), l'objectif et le déroulement des entretiens (dont leur enregistrement audio). Leur accord oral a été sollicité. Puis un consentement écrit, garantissant leur anonymat, a été daté et signé pour chaque entretien.

4. Réalisation

Les entretiens se sont déroulés dans les locaux du centre médico-social de Lunéville pour les femmes recrutées par l'intermédiaire de la Protection Maternelle et Infantile du territoire du Lunévillois, et au Centre Maternel des Islettes. Il s'agissait d'entretiens individuels semi-dirigés, avec un guide d'entretien.

Les entretiens ont duré entre une demi-heure et une heure, ils ont été enregistrés par dictaphone. Au cours de ceux-ci, l'investigateur principal pouvait prendre des notes.

L'entretien se déroulait en plusieurs phases : une première phase de recueil de données démographiques, une seconde concernant le déroulement de l'allaitement et une troisième abordant les thématiques du vécu.

Les données démographiques recueillies étaient : l'âge au moment de l'entretien, l'âge au premier enfant, le statut du couple au moment de l'entretien, le statut du couple à la naissance du dernier enfant, le lieu de naissance, le dernier diplôme obtenu, la catégorie socioprofessionnelle avant la grossesse, la parité, et si ces femmes ont elles-mêmes été allaitées. Les données concernant l'âge du conjoint présent à la naissance du dernier enfant et sa catégorie socioprofessionnelle ont également été relevées.

Puis des données plus précises sur l'allaitement ont été recueillies, soit pour chaque enfant : la durée d'allaitement exclusif, la durée totale d'allaitement, et si l'enfant était ou non d'un poids inférieur à 2500g à la naissance.

Les thèmes abordés étaient l'information générale sur l'allaitement maternel, le rôle de l'entourage de ces femmes, leurs motivations, leur véritable expérience, leurs représentations sociales et personnelles, les raisons du sevrage.

5. Retranscription

La retranscription des entretiens a été entièrement fidèle à l'enregistrement audio. L'anonymat a été respecté en attribuant un numéro à chaque entretien, puis une lettre lors de la rédaction des résultats.

6. **Analyse**

Il s'agit d'une analyse thématique sur la base d'entretiens semi-dirigés.

La première étape a consisté en l'analyse de chaque verbatim. L'interprétation pas à pas a isolé les thèmes abordés. Les thèmes ont été ensuite regroupés en codes qui ont été comparés et regroupés à la lecture des différents entretiens.

La deuxième étape a permis d'obtenir une typologie des femmes par analyse croisée des résultats.

L'analyse a été faite par l'investigateur principal, le directeur de thèse formé à la recherche qualitative, ainsi qu'une sociologue maître de conférence des universités.

III. Résultats

1. Résultats quantitatifs

a. Description de l'échantillon

Tableau 1 : données démographiques de la mère

		Effectif n=11	Moyenne
Age de la mère (ans)	<24	3	27,7
	25-29	5	
	30-34	2	
	>34	1	
Vie en couple : statut actuel	Oui	3	
	Non	8	
Vie en couple : statut à la naissance du dernier enfant	Oui	8	
	Non	3	
Lieu de naissance	France	8	
	Mayotte	2	
	Bénin	1	
Niveau d'études	<bac	9	
	bac	1	
	>bac	1	
Catégorie socioprofessionnelle	Employée	5	
	Ouvrière	2	
	Inactivité	4	
Parité	1	3	2,5
	2	2	
	3	4	
	4	1	
	5	1	
Age au premier enfant (ans)	17	4	20,5
	18-20	0	
	21-24	6	
	25	1	
Allaitée par sa mère	Oui	4	
	Non	6	
	Ne sait pas	1	

Tableau 2 : données démographiques du conjoint présent à la naissance du dernier enfant

		Effectif n=11	Moyenne
Age du conjoint (ans)	21-29	5	30,2
	30-34	3	
	35-39	2	
	>39	1	
Catégorie socio-professionnelle du conjoint	Employés	6	
	Ouvriers	2	
	Inactivité	2	
	Inconnue	1	

Tableau 3 : données sur le déroulement de l'allaitement

		Effectif n=11
Allaitement à la naissance	Oui	8
	mixte	2
	exclusif	6
	Non	3
Durée totale d'allaitement (semaines)	Femmes migrantes (dont une femme d'origine turque née en France) n = 4	1 à 78
	Autres femmes nées en France n = 4	0,5 à 12

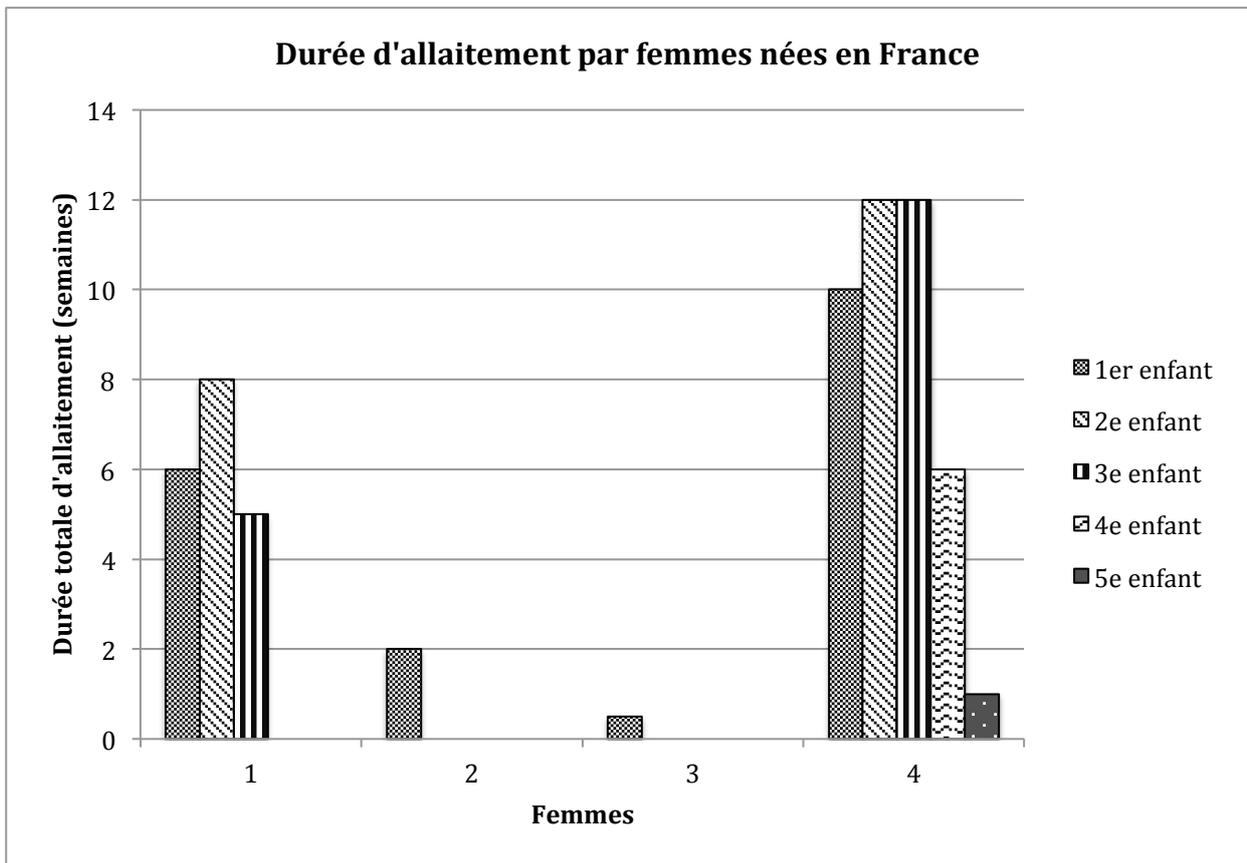


Figure 1

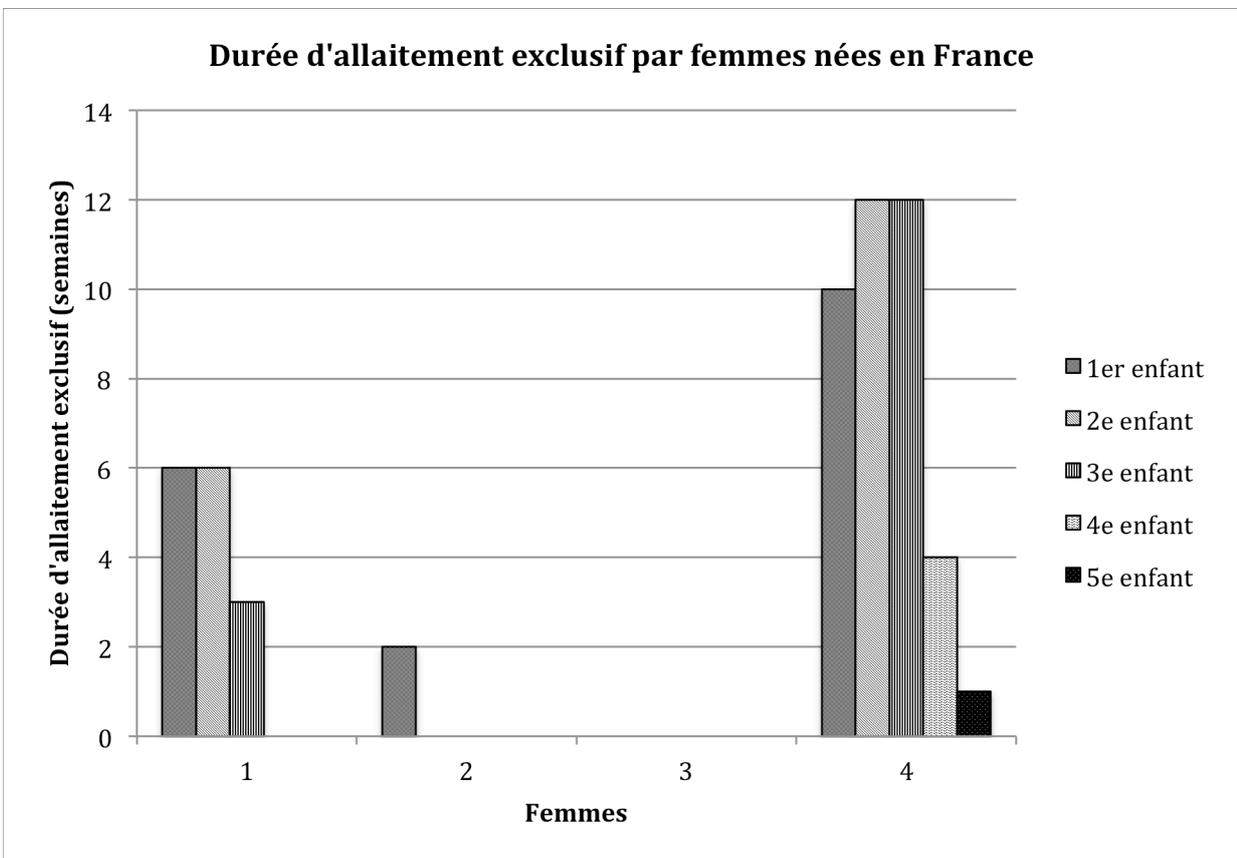


Figure 2

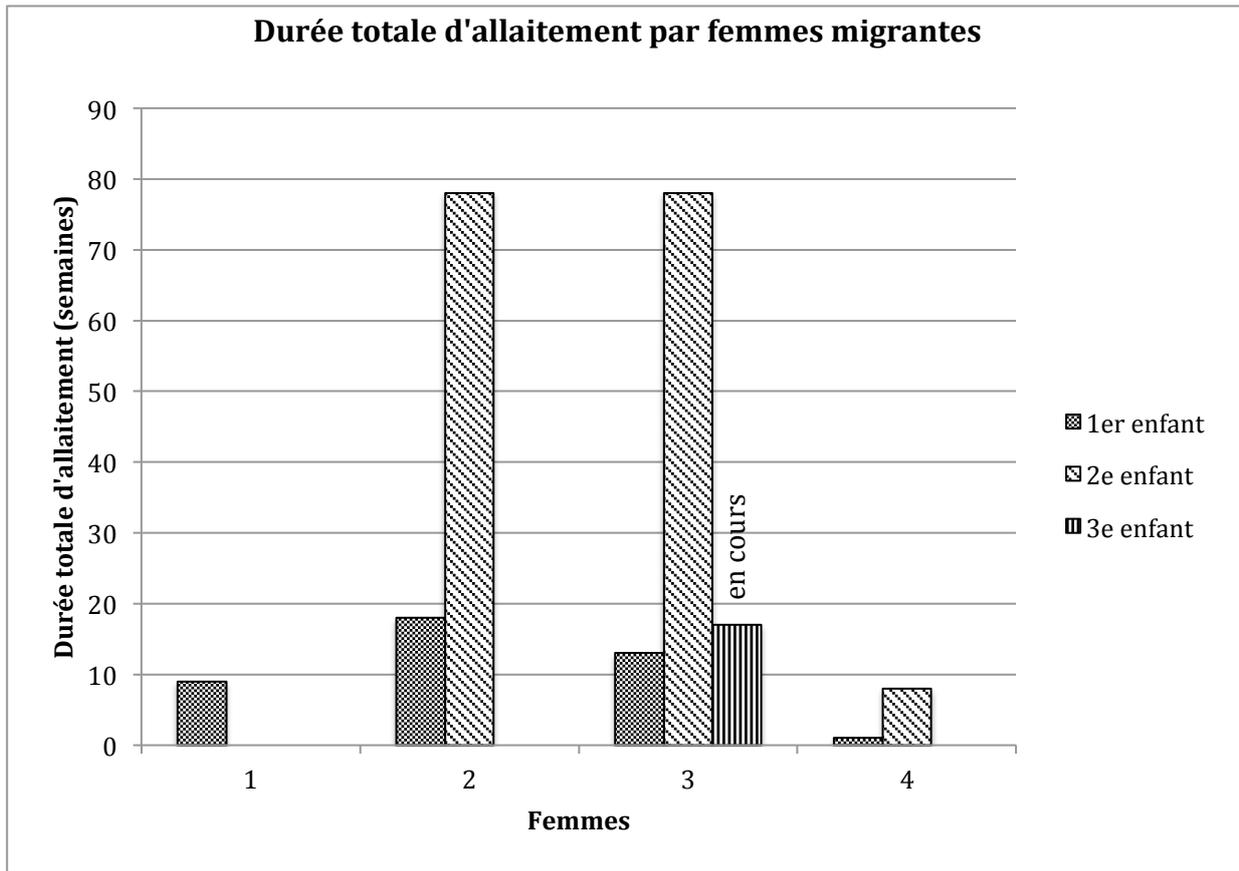


Figure 3

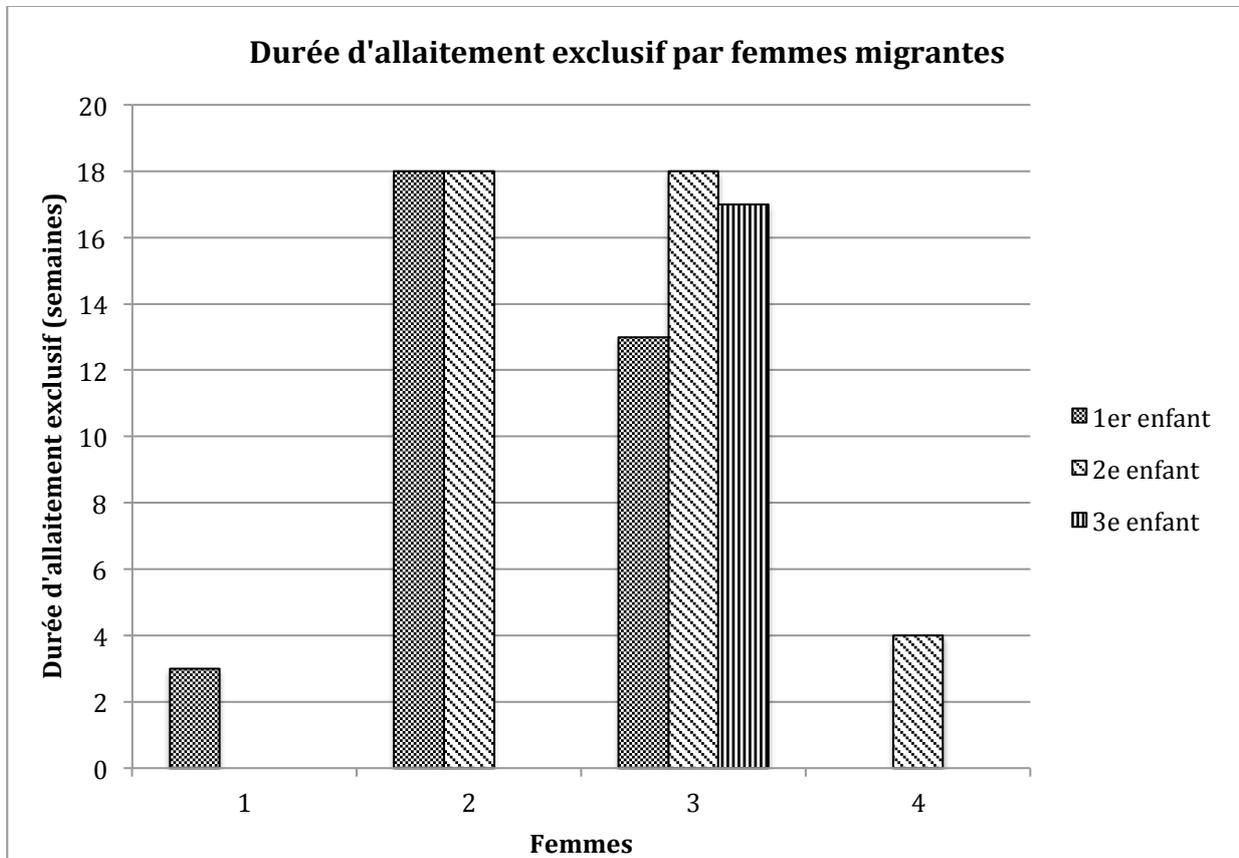


Figure 4

b. Analyse

La population recrutée est variée, tant concernant l'âge des femmes que la parité, du lieu de naissance ou de la durée d'allaitement (Tableau 1). Ces caractéristiques sont en accord avec les critères démographiques de la population précaire [3]. En effet l'âge moyen au premier enfant est très bas, de 20,5 ans en comparaison avec l'âge moyen des mères à l'accouchement en France qui est de 30,1 ans en 2011 [20]. Les catégories socioprofessionnelles correspondent également aux critères, représentées en majorité par l'inactivité, la profession d'employée et d'ouvrière, soit des catégories socioprofessionnelles peu élevées. Les femmes sont en grande majorité peu diplômées. Les unions parentales sont fragiles, avec des séparations fréquentes.

En termes d'allaitement, la durée d'allaitement totale est en majorité courte, mais surtout très variable, que ce soit au sein d'une même fratrie ou entre elles. L'allaitement est dans cet échantillon le mode d'alimentation le plus initié spontanément à la maternité. Une des huit femmes qui ont allaité a repris l'allaitement quand son nourrisson avait un mois et demi, par regret de ne pas l'avoir fait à la naissance. Parmi les femmes qui ont eu plusieurs enfants, la durée d'allaitement au deuxième enfant est plus longue qu'au premier.

Pour les femmes nées en France qui ont allaité, la durée d'allaitement exclusif (Figure 2) est proche de la durée totale d'allaitement (Figure 1), ce qui témoigne d'un sevrage rapide dès l'introduction des biberons [13].

Les femmes migrantes (Figures 3 et 4) ont allaité plus longtemps que les femmes nées en France (Figure 1). L'introduction du lait artificiel ou de la diversification n'a pas entraîné le sevrage pour les deux femmes qui ont allaité jusqu'à un an et demi. En effet la durée totale d'allaitement augmente d'autant plus que la durée d'allaitement exclusif est élevée (Figure 5).

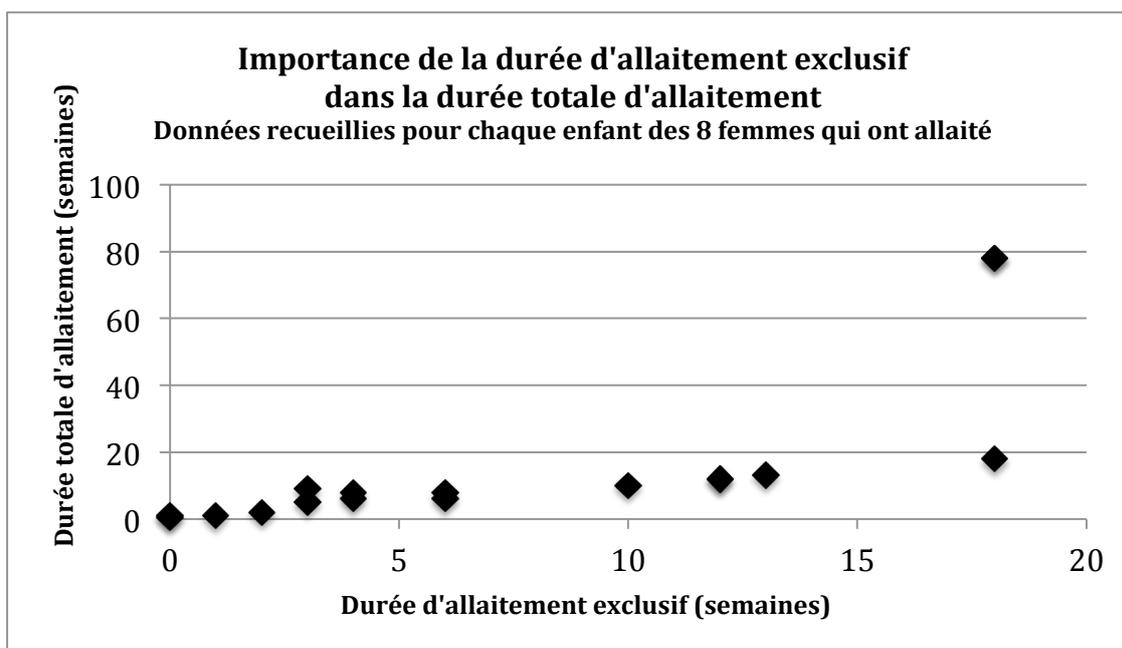


Figure 5

2. Résultats qualitatifs

a. Analyse thématique

1. Récits des expériences

a) Décision d'allaiter

La décision d'allaiter s'inscrit dans un contexte de société de consommation, c'est à prendre ou à laisser, mais à tenter.

« [...] c'était plus par expérience que par envie. » Mme V.

« [...] moi j'ai essayé, j'ai dit : si ça va on continue, si ça va pas, et bien on reprendra les biberons. » Mme T.

Cette décision n'est pas anticipée mais prise à l'accouchement.

« Pour moi personnellement c'était à partir du moment où j'ai su que j'étais enceinte. » Mme P.

« Voilà les préparations à la naissance. Elle demandait si on voulait faire l'allaitement ou donner le truc <biberon>. Et moi j'ai préféré l'allaitement. Je me suis dit que ce serait cool. » Mme C.

Elle est tardive, à l'accouchement, pour ces situations particulières :

« J'avais 17 ans, les infirmières ont demandé si je voulais la mettre au sein, j'ai dit oui sans trop savoir. » Mme D.

« Surtout que j'avais fait un déni de grossesse vu que je ne l'ai pas senti sortir, du coup je me suis retrouvée avec un bébé sur moi sans comprendre ce qu'il se passait. » Mme N.

Le conjoint a généralement peu de place, la mère affirmant ainsi son autorité, et sa place au sein de la cellule familiale.

« Non, non, c'est moi qui prends beaucoup de décisions à la maison quand même. Même s'il me disait non je le ferais quand même. » Mme P.

« Non je trouve que ça ne concerne que moi, ça n'appartient qu'à moi. » Mme D.

b) Etat de santé de la mère

L'allaitement est intimement lié à l'état de santé de la mère, influençant celui-ci, ou dépendant de celui-ci. A chaque expérience, il s'inscrit dans un contexte particulier, selon la situation de la mère.

La manière dont s'est déroulée la grossesse influence la réussite de l'allaitement.

« Donc le faite de l'avoir perdu <interruption médicale de grossesse à 6 mois> a joué énormément sur mon moral, sur ma santé. Mais on a décidé malgré tout d'en faire un autre. Parce que je pouvais pas rester sur le faite d'avoir perdu son grand frère. Mais j'ai énormément culpabilisé pendant la grossesse. Donc c'est ce qui fait que j'ai eu une grossesse difficile aussi. Je me disais, c'est pas possible, je peux pas l'allaiter en sachant que je n'ai pas allaité son frère. » Mme P.

Une idée assez répandue de l'allaitement est son lien avec la fatigue.

« Et bien il faut manger un minimum pour pouvoir allaiter correctement. Parce que ça puise quand même sur notre énergie, Ça puise sur notre corps. Forcément si on mange pas le corps est fatigué et le lait monte moins. » Mme P.

L'idée d'énergie puisée chez la mère a des conséquences sur le poids maternel.

« Moi j'avais un petit peu peur parce que déjà je ne suis pas assez grosse. Je me suis dit que j'allais prendre du poids, j'étais contente, mais au final je n'ai rien pris. » Mme C.

Physiquement, les conséquences sur les seins sont observées.

« À part ma première, si j'avais pas eu des inflammations qui ont fait que j'ai dû arrêter. » Mme D.

« [...]j'avais eu des crevasses parce que je la plaçais mal. » Mme D.

Enfin, beaucoup de femmes notent le contexte anxieux dans lequel elles étaient, à la naissance de l'enfant, pendant la période d'allaitement ou au sevrage.

*« Je pense d'anxiété. Je pense que le stress. Je pense qu'il y avait ça qui jouait. »
Mme T.*

« En fait, j'ai eu des stress, j'étais même partie à l'hôpital pour ça, du coup je tombais dans les pommes tout le temps, je pensais tout le temps à lui, à mon fils. Je le laissais à la maison, sans le lait, j'étais malade. » Mme M.

c) Rôle des professionnels de santé

Elles situent le rôle des professionnels de santé en premier lieu concernant l'information.

*« Après Madame je ne sais plus comment qui était venue à la maison m'avait donné pas mal d'informations, j'ai eu des livrets. C'est vrai que je savais l'essentiel sur ça. »
Mme L.*

« Oui j'ai une session avec la sage femme. Elle nous a parlé d'allaitement, que c'était volontaire. Moi j'ai préféré. » Mme C.

Ils sont cités pour leur aide et leur soutien.

« <En parlant de son gynécologue> Ah oui il était là du début –jusqu'à la fin. Il était chez lui quand j'ai accouché, il est venu me voir... C'était sûr et certain. » Mme V.

« Oui, donc quand j'ai commencé à ne plus avoir trop de lait, on m'a dit qu'il fallait commencer à tirer le lait, à se mettre au calme, mais même en faisant ça, il n'y avait plus rien. Surtout quand ils étaient trop pleins, engorgés, ils m'ont expliqué comment faire, heureusement qu'ils étaient là parce que... » Mme N.

Elles placent leur discours en référence, et cherchent alors une réponse médicale aux obstacles rencontrés.

« [...] puisqu'on a fait des bilans, on a fait plein de choses, puisqu'elle ne grossissait vraiment pas, et les intervenants m'ont dit que si les deux premières j'ai eu un bon lait, il n'y a pas de raison que maintenant, ça ne soit pas du bon. » Mme D.

*« Si c'était à recommencer, qu'il soit bien allaité, et revoir si mon lait il est bien, si j'ai assez de lait. -Et comment ce serait possible de le voir ? - Je ferai analyser mon lait. »
Mme R.*

Certains professionnels de santé sont parfois insistants, allant à l'encontre des désirs de la mère.

« [...] et puis quand on l'a mis, enfin on m'a demandé quand même tout de suite, on me l'a mis au sein après la naissance, je voyais que je n'y arrivais pas, je disais à l'infirmière que je voulais arrêter, et elle me disait non c'est trop tard, on a commencé, il faut continuer, donc elles m'ont appris à faire. » Mme D.

« Le petit était au sein, que la sage femme a dit : « bon vous voyez bien que le petit il ne veut pas, ça sert à rien qu'on continue, il faut bien qu'il se nourrisse bon ben c'est ça où il perdra du poids et on le gardera donc il faut passer au biberon ». Elle m'a même pas dit : « bon ben on prend le biberon et on réessaiera plus tard ». C'est le biberon et puis stop. » Mme L.

d) Rôle de l'entourage

Au sein du couple, le conjoint donne son avis sur l'allaitement Il y est plutôt favorable pour des raisons économiques.

« Oui <rires> il disait oui c'est cher le lait, t'as beaucoup de lait pourquoi tu donnes pas, Si tu veux acheter le lait en magasin... Voilà quoi. » Mme F.

D'autres ont un rôle de soutien qui compte pour la mère.

« Mon conjoint. C'est le papa des deux derniers. Lui m'encourage énormément. » Mme P.

L'allaitement peut aussi être un sujet de conflit.

« C'est moi qui ai choisi. Monsieur me poussait que je donne le sein, moi j'ai dit c'est moi qui choisis, c'est moi la mère. Si je veux donner le sien, je donne le sein, si je donne le biberon, je donne le biberon. » Mme R.

« [...] on s'est disputé à cause de ça, pourquoi il ne prend pas le biberon... » Mme M.

Les mères sont sensibles à la place qu'elles accordent au père.

« Si, après c'est possible parce que le rapprochement par rapport au bébé peut peut-être provoquer des... certaines, pas jalousies, mais les papas peuvent se sentir exclus et justement peuvent, parce que eux ils ne peuvent pas donner le biberon quand c'est comme ça. Et voilà, c'est obligé, ya des papas qui ont envie de donner le biberon à leur enfant, ils veulent avoir la même place que la maman. Donc je pense que ca peut quand même créer quelques jalousies. » Mme V.

« Il voulait faire plaisir à son fils, mais il n'a pas ce plaisir avec lui, acheter des biberons, acheter plein de trucs. » Mme M.

Le rôle de l'entourage familial est différent, ayant plus celui de soutien et de conseil.

« Ils me diraient que c'est mon choix et que je fais comme j'ai envie. » Mme V.

*« Oui j'ai eu le baby blues pendant une bonne semaine, c'était dur au début. Et puis après j'étais aussi toute seule, il y avait ma maman qui était là pour l'accouchement et après je vivais aussi encore chez elle à ce moment-là donc elle était là heureusement. Parce que au début c'est tout nouveau pour nous. Et puis on s'adapte vite. »
Mme L.*

e) Techniques proprement dites de l'allaitement

Nourrir son enfant au biberon apaise pour beaucoup les angoisses de l'allaitement.

« Donc c'est pour ça que j'ai dit, le biberon, c'est plus sûr, au moins on voit qu'est-ce qu'il boit. S'il faut augmenter, on augmente, mais voilà. Après nourrir nous-même, on voit pas. Donc c'est le fait aussi de pas voir qui fait se poser des questions. »

Mme B.

« Oui c'était plus rassurant. Une fois que j'ai donné le biberon, j'ai plus eu peur. »

Mme R.

Mais l'acte de nourrir au biberon est décrit comme plus solitaire.

« Tu montes dans les bras de ta mère, c'est pas du tout pareil que tu prends ton biberon toute seule. »

Mme M.

« Je sais que quand je lui donne le biberon à la maison, je le mets dans son petit lit, je le cale avec quelque chose et puis je ne parle pas avec, je pars faire quelque chose d'autre quoi. »

Mme F.

Plusieurs femmes ont préféré le rythme de l'alimentation au biberon, plus régulier.

« Alors que au biberon si on voit qu'il a bu ses 90 ou 70 ml, on ne lui redonnera pas avant ces deux heures et demie. »

Mme D.

« J'avais pas de rythme pour allaiter, moi j'aurais préféré donner le biberon en fait. »

Mme R.

Le fait d'avoir besoin de plus de matériel ne pose pas de soucis, elles s'en accommodent facilement, tous ces objets font partie du quotidien.

« Non, ça, ça me dérange pas, c'est facile. Ca c'est un truc très facile, faut juste chauffer avec de l'eau chaude, laisser reposer, après voilà quoi pour moi c'était pas dur. »

Mme M.

L'allaitement maternel est parfois rendu plus compliqué par l'utilisation du tire-lait. Celui-ci s'inscrit souvent dans «l'allaitement à tout prix», permettant de le maintenir dans les situations à risque de sevrage rapide.

« Vu que ma fille prenait très peu de poids, j'ai dû tirer, avec un tire-lait, et puis voilà, en se servant du tire lait, ça stimule de moins en moins bien, j'ai encore moins de lait. Il faut que je la mette un petit peu au sein quand même pour stimuler les montées de lait. » Mme D.

Par opposition au biberon, le rythme de l'allaitement est reconnu comme étant à la demande du bébé.

« Bah ça dépend si on fait rien, qu'on est mère au foyer, pourquoi le priver quoi. On lui donne autant qu'il demande, faut pas le priver. » Mme F.

« Avec un allaitement on ne sait jamais à quelle heure on va lui donner. C'est lui qui réclame. » Mme P.

Une des particularités de l'allaitement est la possibilité de la tétée-plaisir, qui ne plaît pas toujours aux mères.

« C'est un bébé qui tétait pour s'endormir et non pas pour boire. » Mme P.

Les repères temporels sont modifiés, avec globalement un temps plus long consacré à son enfant pour le nourrir.

« [...] contrairement au biberon, où il va plus vite en deux secondes. Le biberon oui, en deux minutes, il n'y a plus de biberon. » Mme N.

« Voilà, parce que l'allaitement c'est au calme. Même un biberon certes, mais un biberon ça prend moins de temps. Forcément donc si on a pas le temps d'allaiter ça ne sert à rien. » Mme P.

L'allaitement maternel est considéré plus facile dans des situations calmes, des endroits où la mère est à l'aise. Il s'agit d'un investissement plus important de la mère, un moment donné de leur temps qui n'est pas toujours compatible avec leur rythme de vie.

« [...] du coup j'allais dans la voiture, dans un chemin, quelque chose comme ça, pour me sentir bien, pour être zen. » Mme N.

« [...] il faut rester beaucoup à la maison, tout le temps de l'allaitement, on ne peut pas se permettre de partir tout le temps comme ça [...] » Mme D.

Certaines ont préféré le temps de l'allaitement à la maternité, entourée, et en dehors des contraintes de la vie quotidienne.

« [...] c'était plus dans la maternité en fait, dans le lit, il y avait le coussin d'allaitement, parce que je n'avais pas de coussin d'allaitement chez moi, c'était un peu plus dur, c'était pas super, mais oui c'était plus à la maternité, j'étais bien posée avec le petit, en plus il n'y avait pas la télé, j'étais tranquille. » Mme N.

Elles décrivent le plaisir de ces moments passés à allaiter.

« C'est le plaisir en même temps que la nourriture. » Mme V.

« [...] c'était mon plaisir, juste mon plaisir. » Mme M.

« J'étais tout contente, j'étais toujours heureuse de lui donner [...] » Mme M.

Plusieurs incompréhensions persistent, par manque probable de connaissances sur les mécanismes physiologiques de l'allaitement.

« Le problème du sein, c'est qu'il s'endort dessus, il est tellement bien que du coup il s'endort, donc on passe tout le temps à le secouer pour qu'il se réveille. » Mme N.

f) Liens avec le corps maternel

Les modifications de la taille de la poitrine sont largement commentées.

« Eh bien c'est sûr ça le modifie. Rien que au niveau des seins. Après on a les seins qui tombent plus facilement. Moi j'ai beaucoup moins de sein une fois que l'allaitement s'arrête. » Mme P.

« Quand l'allaitement s'arrête, t'as la poitrine d'une vieille, franchement ce n'est pas joli. Tu ne peux pas te mettre nu devant quelqu'un d'autre, quoi. » Mme C.

Le geste d'allaiter est vécu comme un geste pudique, mal accepté en société.

« [...] c'est vrai qu'on se met dans un coin, on n'est pas obligé non plus de.. Il ya des façons de faire ça. » Mme V.

« Ce qui me décourageait, c'était surtout quand on était dans un lieu public, c'est vrai que c'est un peu difficile de pouvoir allaiter son enfant devant tout le monde, [...] » Mme N.

Elles vivent ces contradictions dans une société où justement la nudité est omniprésente.

« Ben parce que malgré toutes les publicités qu'on voit de femmes dénudées, tout ce qui est question de nudité reste quand même tabou. Les gens n'aiment pas ça. Du coup ça gêne, les gens sont beaucoup gênés. » Mme P.

« [...] ils sont choqués, c'est le fait, de sortir son sein, et puis voilà être nu, enfin pas nu, mais d'être devant du monde, ca choque, [...] » Mme V.

Certaines femmes y sont indifférentes.

« Partout où je vais, même si je marche, s'il y avait des gens, je lui donnais. C'était deux minutes, après il tirait pas beaucoup. J'avais pas honte de lui donner. » Mme M.

« Ça ne m'a jamais embêté, non. C'est mon enfant il pleure à l'extérieur, je me mets sur un banc et puis je prends quelque chose, je cache et je lui donne le sein, quoi. » Mme F.

g) Fin de l'allaitement

Le manque de lait est très représenté comme raison évoquée à l'arrêt.

« [...] j'ai eu de moins en moins de lait, du coup je n'ai pas pu le nourrir complètement et j'ai dû arrêter. » Mme N.

« Oui on avait beau tiré, il n'y avait plus rien, j'ai essayé de tirer par moi même et il n'y avait plus rien. » Mme N.

« après pour ma deuxième, avant ses deux mois ça c'est arrêté, je n'avais plus de lait [...] » Mme D.

Les difficultés initiales de mise au sein sont interprétées comme un refus du bébé de téter.

« Puisqu'elle prenait pas. Elle prenait pas le sein. Moi j'ai dit ben c'est pas la peine, je préfère lui donner le petit biberon. » Mme R.

Le sevrage est vécu comme nécessaire à la reprise du travail.

« Non j'étais à l'école et c'était pas sur Lunéville mais à 200 km d'ici donc que je prenais le train, j'ai déposé mon fils chez ma mère le dimanche midi, je le récupérais le vendredi. » Mme F.

« Le fait aussi que j'ai repris mes études. J'ai retravaillé après trois mois. Ça a énormément joué. » Mme P.

Plusieurs femmes expliquent le sevrage, même précoce, par un arrêt «naturel», volontaire du bébé.

« Non le corps humain est bien fait, je me dis que c'est normal, que j'aurais souhaité, que j'aurais pu faire plus longtemps je l'aurais fait, ce n'est pas moi qui décide d'arrêter. » Mme D.

« C'est que lui-même s'est arrêté.. Ça m'a facilité la tâche. » Mme C.

L'inquiétude de la séparation mère-enfant intervient également.

« [...] après, voilà, faut couper quand même le lien, c'est... moi je pense que c'est plus la maman qui ne veut pas se décrocher de l'enfant qu'autre chose. » Mme V.

« Oui parce s'il ne voulait pas arrêter, je ne sais pas comment j'allais faire. Je devais continuer à lui donner le sein jusqu'à ce qu'il arrête. Je ne savais pas comment je vais faire. » Mme C.

Mais l'arrêt de l'allaitement est souvent vécu de manière triste.

« Eh bien brusquement. J'ai été prendre, le médecin m'avait prescrit une ordonnance pour arrêter. J'ai pris les médicaments et puis j'ai pas pu supporter je lui ai donné, et ça a recommencé et petit à petit elle l'a laissé elle-même quoi. » Mme F.

« Et encore, je trouve que c'était pas encore assez. J'en ai pleuré après, le fait de ne pas, de ne plus pouvoir l'allaiter, ça a été dur. » Mme N.

2. Représentations

a) Représentations générales de la mère

Les influences socio-culturelles sont niées.

« Non, puisqu'au pire des cas, même sans ça, je l'aurais fait, même s'ils m'en aurait parlé, ça n'aurait rien changé, j'étais vraiment basée sur l'allaitement, même si je n'ai pas pu le faire longtemps... » Mme N.

« Oh je crois pas. Moi je pars du principe si la mère elle a vraiment envie de le faire, elle le fera. Après celle qui n'a pas envie elle le fait pas et puis c'est tout. Je pense pas qu'il y a besoin qu'on lui dise, voilà il faut que je me motive. Non, après c'est le choix de la mère en fait. » Mme B.

Elles résistent aux difficultés majoritairement mises en avant aujourd'hui de l'allaitement maternel, réveillant le souvenir enfoui de la simplicité et de la beauté du geste.

« Après quand je dis simple voilà, ça dépend, simple par rapport au fait que oui, c'est beau, [...] » Mme V.

« Oui, c'est beau une mère qui allaite son enfant. » Mme F.

Pour donner quelques exemples d'inquiétudes relatives à l'allaitement maternel, elles touchent le domaine de la lactation, de la réussite personnelle, de la relation mère-bébé.

« C'est plutôt ça qu'ils se posent les mamans, des questions, suivant l'allaitement, « est-ce que j'aurai assez de lait pour le nourrir assez longtemps ? est-ce que mon lait va être assez riche en vitamines pour, voilà.. pour qu'il prenne du poids. » Mme B.

« Oui je pense oui. Savoir si le bébé va bien prendre le sein, s'il va l'accepter, s'il boit assez, s'il est dans la bonne position... Il y a beaucoup de questions quand même. » Mme P.

« Je me suis demandé si mon lait est bon et s'il est rassasié, S'il est rassasié avec le lait que je donne, s'il n'en veut pas d'autres. » Mme C.

Les femmes qui ont rapporté la perte de liberté liée à l'allaitement maternel sont celles qui ont allaité, ce qui n'est donc pas un frein pour elles.

« Bien oui, on ne peut pas faire ce que l'on veut, si on a pas de tire lait, ou quelque chose comme ça, on ne peut pas partir, on ne peut pas se permettre de faire garder son enfant, pour aller à un rendez vous, c'est pas possible. » Mme N.

« C'est assez contraignant quand même l'allaitement. Surtout quand on a d'autres enfants. Chacun réclame sa part de partage. Donc si on est tout le temps au sein ça va pas. » Mme P.

b) De la mère en société

Il s'agit d'un sujet difficile à aborder, toutes les mères ont répondu n'avoir jamais parlé d'allaitement maternel avec quelqu'un d'extérieur.

Certaines critiquent ce tabou sociétal.

*« Eh bien pour moi ce n'est pas normal. On est quand même dans un pays assez libre malgré tout et ça reste quand même tabou. Et c'est ça que j'ai du mal à comprendre. Il n'y a pas assez d'informations. J'estime que les gens devraient avoir plus d'informations sur l'allaitement, et qu'ils devrait comprendre que ce n'est pas malsain de se montrer en donnant le sein. Il n'y a rien de choquant. Pour moi il n'y a rien de choquant. Moi je dis qu'on devrait voir ça partout. Malheureusement on le voit pas. »
Mme P.*

*« Ca y est on nourrit notre bébé, « oh ben elle peut pas le nourrir chez elle ! », « voilà ca ne se fait pas de se déballer devant tout le monde », voilà on entend souvent ca. »
Mme B.*

c) De la relation mère-enfant allaité

Les liens évoqués sont surtout physiques, notamment dans les expériences sensorielles comme le toucher.

« [...] on a besoin d'avoir ce lien avec l'enfant, je pense que ce contact là, c'est le meilleur. Après quand je ne pouvais plus l'allaiter, c'était du nu à nu que je faisais, histoire d'avoir encore ce contact là. » Mme N.

« C'est au niveau de la tétée quand tu le colles contre toi, La chaleur, sa chaleur, la chaleur que tu lui donnes, c'est vraiment important. C'est que une relation... en tout cas je voulais dire il y a rien qui peut remplacer ça en fait. » Mme C.

Plusieurs femmes retiennent la spécificité des échanges avec leur bébé lors de l'allaitement.

« Oui, il sourit et puis il va enlever, il va me regarder, il va rigoler avec moi, il va reprendre le sein... C'est comme si... après on a impression que c'est un jeu qu'il fait. Je rigole avec... » Mme F.

« Oui c'est un échange, c'est comme une communication. Tu lui parles, tu lui chantes, il sourit. » Mme C.

Si elles peuvent être inquiètes d'une relation trop fusionnelle avec leur enfant, elles ne concluent pas toujours à une différence entre la relation mère-enfant allaité par rapport à un bébé nourri au biberon.

« En même temps, je ne sais même pas si le bébé s'en rend compte, je pense pas aussi petit qu'il est, on lui donne à boire qu'il soit après sa mère ou pas.. Je pense pas qu'il fasse encore la différence, c'est nous qui nous imaginons ca, mais je pense que le bébé lui ne doit faire aucune différence. » Mme B.

« Après je n'ai pas allaité et mon fils était tout le temps près de moi ! Donc ça ne change rien ? Non ça ne change rien ! » Mme V.

« Ben le biberon voilà, là, regardez <elle est avec son bébé pendant l'entretien> il boit tout seul, s'il était encore allaité, il serait plus dépendant, moins débrouillard entre parenthèses. Après, pour plus tard je ne pense pas que ça joue au moins 10 15 20 ans plus tard, Après ça dépend peut-être des enfants aussi. » Mme L.

Certaines femmes ont considéré que l'allaitement les avait aidées à investir la relation avec leur bébé.

« Mais c'est après quand j'ai mis l'enfant au monde, je n'avais pas aussitôt des sentiments pour lui. Mais c'est en lui donnant le sein que j'ai remarqué que je me suis attachée à lui. » *Mme C.*

d) **Durée idéale de l'allaitement**

Elle est variable, elle s'étend entre 6 mois et 3ans. Une seule femme n'a pas donné de limite, respectant selon elle le désir du bébé.

Cette durée idéale est chargée de croyances populaires, liées à la sphère culturelle dont ces femmes sont issues.

« Moi, un an maxi, mais un grand maxi, un an. je pense que quand il commence à avoir des dents, j'aurais arrêté. » Mme N.

« Un an, deux ans. A partir de là, c'est déjà plus grand, le gamin il a toutes ses dents déjà, il pourrait presque manger à la petite cuillère. Donc ca choquerait, parce que ca ferait plus bébé, ca ferait enfant, [...] » Mme B.

« Bah c'est quand l'enfant il dit j'en veux plus, quoi. » Mme F.

Les allaitements longs ont mauvaise presse.

« Non pas quand il est plus grand, mais au début, à la télé on en voit qui vont jusqu'à deux-trois ans, je trouve que c'est trop. Il est trop renfermé sur la mère et puis voilà. » Mme L.

« Quand j'ai vu des documentaires ou les enfants prenaient le sein jusqu'à deux ans je trouvais que c'était un peu exagéré. » Mme C.

e) Information sur l'allaitement

Les moyens de s'informer sont divers, mais surtout représentés par Internet et la télévision. Les livres ne sont que peu cités.

*« Je regardais aussi par rapport, sur Internet, les documentaires, tout ça... »
Mme F.*

« J'ai surtout lu dans des bouquins qu'ils donnent à la maternité, le petit bouquin bleu sur les bébés. Du coup, j'ai regardé ça, j'ai vu qu'en fait on donnait des anticorps et tout ça, et c'est pour ça que ça m'a motivé encore plus à le faire... » Mme N.

En majorité, les femmes de cette étude trouvent que l'information reçue est insuffisante.

« Et bien, comment je veux dire, ben, de montrer comment faire, parce que ça on m'a jamais expliqué. » Mme T.

« Ben j'en ai eu mais après c'est clair j'ai pas eu vraiment tout. » Mme L.

L'information donnée par les professionnels de santé ne s'observe qu'à la maternité, puisque ces femmes n'ont que très rarement suivi les séances de préparation à l'accouchement. Plusieurs femmes ont signalé qu'elles ne se sentaient pas concernées par l'information donnée sur l'allaitement et qu'elles n'y ont donc pas été attentives.

« [...] qu'il y avait des documents sur l'allaitement mais le fait de ne pas avoir allaité, c'est possible aussi que je n'ai pas prêté attention. » Mme V.

*« Ben non puisque j'ai jamais demandé plus que ça, comme ça m'intéressait pas [...] »
Mme B.*

Mais lorsqu'elles parlent de leurs expériences, elles pensent qu'une préparation psychologique est nécessaire.

« [...] préparé l'allaitement dans sa tête. » Mme V.

« Oui si on est pas prête ni physiquement ni moralement ce n'est pas possible. On va pas y arriver. » Mme P.

Elles ne remettent pas en cause l'utilité des informations théoriques.

« Si la personne, je vous dis, si elle a envie d'allaiter, elle allaitera sans que quelqu'un la pousse. Après voilà, peut-être des renseignements un peu plus approfondis, qu'est ce que le lait contient, celui de la mère par rapport au lait en poudre, donner plus d'informations mais alors approfondies. » Mme B.

« C'est plus simple quand tu as compris parce que tu ne te poses plus trop de questions. » Mme C.

f) Les ambiguïtés du lait maternel

La majorité des femmes a mis en avant la présence d'anticorps.

*« [...] c'est vrai que le colostrum c'est riche en vitamine et en anticorps [...] »
Mme L.*

« Il y a plus de... plus.. Ah je trouve plus le mot. Plus d'anticorps. Beaucoup plus d'anticorps que dans le lait comme on dit artificiel. » Mme P.

Et elles en déduisent les bénéfices immunitaires associés.

« [...] au biberon on dit que les enfants tombent plus souvent malades... » Mme F.

« Le lait protège beaucoup aussi, plus tard, apparemment c'est prouvé. Moi je le vois, les autres sont beaucoup moins malades comparé à lui qui est tout le temps tout le temps malade. » Mme P.

Le thème de la force est récurrent, lié à la présence de « vitamines ».

« Ben ya plein de vitamines dedans. Pour faire tenir les os tout ça, pour qu'il ait de la force. » Mme T.

« [...] je trouve que le lait maternel il est plus riche, il est mieux que le lait en poudre et puis... il donne plus de vitamines je sais pas plus de... [...] » Mme L.

Les femmes ont partagé leurs inquiétudes sur la qualité de leur lait, traduites par les notions de « bon » et « mauvais » lait.

« Non c'était moi-même qui me disais ben le lait, ton lait n'est pas bon... » Mme F.

*« Du coup je me disais, peut être que mon lait, il n'est pas bon, j'ai eu peur. Et après, quand j'ai vu qu'au biberon, ça faisait pareil, du coup non peut être pas [...] »
Mme N.*

La majorité des femmes était convaincue d'un lien avec le régime de la mère. S'il peut être associé à des contraintes, il est surtout une raison évoquée aux problèmes de lactation.

« Ben peut-être ce qu'on mange, parce que tout ce qu'on mange passe dans le lait quoi. Comme moi je mange beaucoup épicé, je me suis dis peut-être que c'est ça aussi mais non. » Mme F.

« J'ai tout essayé, les tisanes, les petites granules à avaler dans l'eau pour boire, manger tel ou tel aliment, non ça a diminué et diminué, je n'y pouvais rien. » Mme D.

« Eh bien moi je suis une personne qui mange très peu. Donc on ne peut pas me forcer à manger. J'ai tellement été habituée petite à manger très peu que j'ai gardé cette habitude. Donc forcément si on mange pas on peut pas donner ce qu'il faut au bébé. » Mme P.

Elles évoquent aussi des causes psychologiques au « syndrome d'insuffisance de lait ».

« Non c'est possible. Je suppose que c'est psychologique. Parce que quand t'es stressé psychologiquement, Le lait ne viendra pas. » Mme C.

IV. Discussion

L'analyse nous a permis d'isoler trois groupes de femmes dont les représentations de l'allaitement, son déroulement et les obstacles rencontrés peuvent s'expliquer par des raisons communes. Il s'agit en première partie des femmes migrantes, dans une deuxième partie des femmes en situation de précarité issues de milieu défavorisé, et en troisième partie des femmes précaires issues de milieu favorisé.

1. Premier modèle : les femmes migrantes

La population migrante est très variée mais son comportement est moins lié à la culture d'origine que de la migration elle-même, qui les a déracinées. C'est pourquoi on retrouve des similitudes de comportement chez les quatre femmes de cette étude issues pourtant de pays différents comme le Bénin, la Turquie ou de Mayotte, désormais Département d'Outre Mer français.

Ces similitudes s'observent tout d'abord dans leurs représentations de l'allaitement. Elles ont été baignées dans une culture de l'allaitement, souvent vu comme une nécessité. Elles ont toutes été elles-mêmes allaitées. Souvent la décision prise d'allaiter est alors décrite comme simple et naturelle, elle est prise rapidement. Il s'agit d'une référence, elles connaissent le mécanisme, elles l'ont souvent vu autour d'elles dans leur enfance.

C'est ainsi que Mme C, originaire du Bénin explique simplement :

« À la naissance j'ai donné naturellement le sein. »

Et Mme F., originaire de Mayotte décrit également la facilité de la décision :

« Il y a rien qui m'a attiré, pour moi c'était normal. »

Il en découle alors des débuts beaucoup plus faciles que la population générale, l'allaitement « marche » bien et rapidement. C'est un allaitement qui se poursuit aussi beaucoup plus longtemps, avec une durée d'allaitement exclusif bien supérieure à la moyenne. L'allaitement est aussi mis en avant pour la relation mère-enfant qui repose sur le « bien nourrir », où le « bien nourrir » signifie alors « nourrir de son propre lait ».

Mais dans ce tableau où tout devrait concourir à ce que la mère puisse allaiter autant qu'elle le souhaite, viennent apparaître différents obstacles.

Tout d'abord le rôle de leur conjoint commence à être pris en compte, alors qu'il était jusque là effacé dans la décision prise d'allaiter, Celui-ci est souvent favorable à l'allaitement mais pour des raisons bien différentes de celles de la mère, notamment pour des raisons économiques.

Il est illustré ici par l'extrait d'entretien de Mme F., 23 ans, de Mayotte :

« Oui–Rire– il disait oui c'est cher le lait, t'as beaucoup de lait pourquoi tu donnes pas, Si tu veux acheter le lait en magasin... Voilà quoi. »

Ces femmes sont sensibles à leur point de vue, elles qui sont encore isolées, parfois en insécurité administrative, et très souvent pauvres. Le conjoint, lui, subit aussi de plein fouet la crise économique, est souvent au chômage ou en situation d'emploi précaire. C'est donc ce même contexte socio-économique difficile qui encourage les femmes à chercher un emploi, favorisant considérablement l'arrêt de l'allaitement maternel. Et dans leur position dominante dans le couple [21], les conjoints imposent aussi à leur compagne de garder leur féminité et de rester attirantes. Ceci renvoie en France à des représentations sociales communément répandues : l'allaitement maternel abîme les seins ou diminue la libido [22]. Les femmes sont alors soumises à un vrai paradoxe conduisant plus facilement à l'arrêt de l'allaitement : une raison économique qui tend à ce qu'elles cherchent un emploi mais aussi à ce qu'elles ne « gâchent » pas une denrée naturelle et donc gratuite, et une pression conjugale qui place le sein comme organe sexuel avant tout qu'il faut préserver.

Mme C., originaire du Bénin cite en premier son conjoint quand elle est interrogée sur les personnes qui pourraient la décourager d'allaiter :

« Peut-être mon copain, parce qu'à la fin tu as les seins qui tombent et ce n'est pas joli. »

« Quand l'allaitement s'arrête, t'as la poitrine d'une vieille, franchement ce n'est pas joli. Tu ne peux pas te mettre nu devant quelqu'un d'autre, quoi. »

A ces premiers freins s'ajoutent ceux véhiculés par le discours médical. Alors que souvent l'allaitement débute facilement, comme il a été décrit plus haut, les femmes découvrent les peurs véhiculées par leur entourage, nourries par le discours scientifique : le syndrome d'insuffisance de lait [23], les doutes sur la qualité du lait. Or une étude australienne a montré que la confiance dans la capacité d'allaiter augmente les chances de prolonger l'allaitement [24]. Ces doutes apparaissent alors qu'elles sont fragilisées, parfois infantilisées par le personnel médical et paramédical qui les surveille plus que les femmes de classes sociales plus élevées [25]. Comment ne pas alors commencer à douter de sa propre production, signe pourtant chez elles de la meilleure manière de nourrir et fondations de la relation mère-enfant? Loin de leurs repères familiaux et afin de s'intégrer à leur pays d'accueil, elles peuvent alors être influencées et attirées par ces explications scientifiques.

C'est le cas de Mme T, 36 ans, d'origine turque, habitant en France depuis son enfance, qui attend la confirmation de ses capacités à allaiter :

« Ben déjà il faut voir si je peux déjà allaiter, avec le docteur, si je peux, ou si je peux pas. Voir, comment je peux dire, je sais pas, c'est un peu difficile, parce que c'est vrai que là c'était la première fois. »

Puis, face aux obstacles rencontrés, elle renouvelle sa recherche d'explications scientifiques :

« Ben c'est vrai que quand je vois d'autres mamans, le bout il est énorme, et le problème- là je sais pas, j'ai pas eu ça. Et je sais pas de quoi ça peut venir. J'ai pas été voir un docteur spécial pour ça mais peut-être que j'aurais pu, mais c'est vrai que là, ça a été si vite et puis j'aurais voulu en savoir plus. »

Elles sollicitent également les médecins au moment du sevrage, contrairement à leurs mères qui suivaient les usages locaux.

Voici un extrait de l'entretien de Mme C, 21 ans, qui détient un Diplôme Universitaire de Technologie, originaire du Bénin, qui se démarque de sa culture d'origine :

« Oui, en Afrique c'est comme ça. Quand l'enfant il voulait le sein, et que tu veux l'arrêter, Il y a souvent des plantes qui sont un peu amères. Tu le mets sur le sein, et quand il goûte il voit que c'est vraiment pas le lait, Il laisse tomber quoi. Il voit que c'est pas la même odeur et il laisse tomber. »

Elle parle ensuite de sa propre expérience de sevrage :

« Ben j'ai du prendre des médicaments. Parce que ça ne voulait pas s'arrêter de soi-même. Donc j'ai du prendre des médicaments. »

Le rôle de l'entourage familial dépend de chaque situation. Leurs propres mères leur rappellent qu'elles n'avaient pas le choix de la manière de nourrir. Et l'allaitement maternel, transposé en France, est considéré comme une perte de liberté, et peu compatible avec la reprise du travail [26].

C'est ainsi que s'exprime Mme M., originaire de Mayotte, sur l'expérience d'allaitement de sa mère :

«Oui oui elle me l'a dit que je voulais pas manger, je voulais rien faire que prendre le sein, c'est très difficile pour elle. Pour cuisiner, elle m'avait toujours à côté. Elle cuisinait en même temps et là je suis juste à côté (rire). Tout le temps collante. Du coup elle a souffert, un tout petit peu. C'était pas ma faute. »

Leurs mères préfèrent conseiller de ne pas allaiter, pour sortir de la précarité, assurer leur stabilité, et se libérer des contraintes matérielles allant de pair avec la maternité. Elles peuvent aussi s'occuper elles-mêmes de leurs petits-enfants.

Mme F., 23 ans, originaire de Mayotte, explique pourquoi sa mère lui conseillait de ne pas allaiter :

« ma mère non, elle aurait voulu que j'arrête l'allaitement. Pourquoi ?

Parce que pour dire que quand même si je trouve du travail, que l'enfant ne prend pas de biberon ça va être dur, tout ça... surtout ça. »

Elle décrit alors en pratique sa situation :

« Non j'étais à l'école et c'était pas sur Lunéville mais à 200 km d'ici donc que je prenais le train, j'ai déposé mon fils chez ma mère le dimanche midi, je le récupérais le vendredi. »

L'entourage rappelle aussi que l'allaitement reste bel et bien une affaire de femmes. Elles imposent sa fin ou les conditions de sa poursuite, qui doivent correspondre au rythme de la société dans laquelle elles cherchent à s'intégrer. Il faut rappeler que les préjugés sur les taux d'allaitement maternel dans le monde sont importants, alors que ceux-ci sont très variés à différentes échelles, qu'elle soit européenne [27] ou mondiale [28].

Mme M., 25 ans, originaire de Mayotte développe la pression forte de l'entourage féminin à laquelle elle est soumise, qui résonne en elle comme une souffrance :

« A un an et demi, j'ai ma belle sœur, elle m'a poussé, parce que j'étais à la Réunion, après je suis venu ici en métropole, du coup ma belle sœur voyait qu'il avait un an demi, deux ans, elle m'a dit : « arrête ». Du coup, c'est là que j'ai commencé à arrêter, arrêter, arrêter. Ca m'a fait souffrir, parce que, j'étais toute stressée de voir mon fils en train de pleurer, qui voulait son lait, qu'il avait besoin, du coup j'étais malade, parce que c'était trop triste pour moi. »

Enfin, la population migrante réunit des problématiques communes autour des représentations du corps. Ce corps qui marque une nette différence quand il est de couleur, ce corps qui ne signifiait pas la même chose dans leur pays d'origine. Or elles sont souvent encore plus soumises à leur conjoint que dans leur pays d'origine, en raison de la dépendance financière, de la dépendance affective –peur d'être seule- et administrative, quand à cela ne s'ajoute pas aussi la barrière de la langue.

2. Deuxième modèle : les femmes en situation de précarité issues de milieu défavorisé

Il s'agit chez ce groupe de femmes interrogées de représentations bien différentes de l'allaitement maternel.

Tout d'abord, elles n'ont pas été allaitées par leurs mères. Toutes de nationalité française dans cette étude, elles sont nées dans les années 70-80, leurs mères étant de la génération qui a commencé à connaître et s'approprier le biberon. Comme le note Simona De Iulio [29], les années 50 ont prôné l'achat de nourriture diététique adaptée à l'âge, développant l'image de la bonne mère, celle qui nourrit de manière hygiénique et sans risque ses enfants (rappel des succès de l'industrialisation de l'alimentation sur le risque sanitaire), celle qui assurerait ainsi sa réussite (le « bien manger » est alors lié à la réussite scolaire, et donc sociale).

Ces femmes sont profondément ancrées dans cette logique née dans une société du progrès, où le discours scientifique a infiltré le quotidien. Elles sont convaincues des bienfaits du lait artificiel, plus sûr. Elles ont vu leurs mères se l'approprier, et souvent même le vanter, dans un quotidien difficile (par exemple dans de grandes fratries où le biberon permettait de se décharger sur les aînés pour nourrir les plus petits).

Leur décision est prise en majorité de façon définitive, en faveur du biberon. Elles révèlent aisément les contradictions du discours médical [30], qui, d'une part, a dé diabolisé le lait artificiel afin de déculpabiliser les mères qui en faisaient le choix, et d'autre part, a participé aux campagnes de promotion de l'allaitement maternel [31 ; 32]. Les travaux de Marie-France Morel [33] décrivent les changements majeurs du XXe siècle, nés de nombreux constats intolérables comme la mortalité infantile élevée au XIXe siècle. Le discours médical met alors en œuvre une stratégie unique faisant reculer la mortalité infantile, les enfants sont à nouveau gardés et nourris par leur mère et non plus par des nourrices, le « métier de mère » est revalorisé. Mais ces informations sont à double tranchant, d'une part, elles continuent de marginaliser les mères de classes sociales défavorisées, qui n'ont pas d'autre choix que de travailler, et d'autre part elles avancent l'idée que si les enfants mourraient, c'était à cause d'elles (début d'une culpabilisation des mères en contradiction avec le fatalisme des siècles précédents).

En pratique, à l'accouchement, les mères de milieu précaire restent encadrées dans les maternités, et bénéficient du « discours fort » des professionnels de santé comme l'ont noté Nathalie Oria et Jérôme Camus dans leur étude réalisée dans des maternités de Picardie [25]. Il s'agit d'un discours délivré à ces classes sociales défavorisées, plus normatif, parfois injonctif, voire scolaire. Les auteurs expliquent que « la docilité souvent constatée dans les observations semble relever davantage d'un rapport de soumission à l'institution hospitalière qui peut dissimuler une stratégie d'évitement des conflits, tout en préservant un certain « quant-à-soi ». C'est pourquoi, une fois chez elles, elles choisissent le mode d'alimentation qui leur convient le mieux dans leur situation.

Par exemple, Mme R., 32 ans, agent de service, qui avait toujours voulu donner le biberon, décide à la maternité de donner le sein. Ce processus se reproduit à chacune des trois naissances, avec un allaitement qui échoue dès les premiers jours, alors que l'alimentation au biberon la rassure et lui conviendra bien mieux. La décision de ne pas allaiter, qu'elle fait alors plutôt seule, une fois chez elle et rassurée, s'affirme fortement.

« C'est moi qui ai choisi. Monsieur me poussait que je donne le sein, moi j'ai dit c'est moi qui choisis, c'est moi la mère. Si je veux donner le sien, je donne le sein, si je donne le biberon, je donne le biberon »

Et pourtant, lors de l'entretien, elle évoquera plus facilement des raisons médicales à l'arrêt de cet allaitement que la mise en avant de sa propre décision. En France, en effet, la cause la plus fréquemment évoquée de sevrage précoce est le manque de lait [34]. Une équipe anglaise a également retrouvé que cette cause était souvent donnée car elle était plus « acceptable » pour le grand public [35].

« J'avais pas de rythme pour allaiter, moi j'aurais préféré donner le biberon en fait. »

« J'ai essayé de lui mettre le sein, mais vu qu'il prenait pas moi j'avais dit si tu veux pas le prendre, j'appelle la sage-femme, j'arrête le sein (sourire) pour te donner un petit biberon. »

« Si c'était à recommencer, qu'il soit bien allaité, et revoir si mon lait il est bien, si j'ai assez de lait....Je ferai analyser mon lait. »

L'affirmation de leur choix, qui est finalement forte, s'oppose à leur représentation d'elles-mêmes en tant que femmes fragiles, ayant peu confiance dans leur corps. Ce manque de confiance se traduit par une défiance vis-à-vis de leur production de lait [36]. Le lait artificiel, créé par des scientifiques et fabriqué d'une manière industrielle et particulièrement surveillée, ne peut alors qu'être meilleur que le sien.

Mme B., 38 ans, peintre, mère de quatre enfants qu'elle n'a jamais allaités, rappelle ce scepticisme, au regard de son expérience :

« Bon jusqu'à maintenant j'ai toujours allai.. nourri mes enfants au lait et ils ont jamais eu de problème de santé ni quoi que ce soit donc. Après si on me prouve noir sur blanc que le lait maternel est bien meilleur que le lait en poudre parce que ça peut leur donner certains symptômes, pourquoi pas. »

Il existe dans cette population, comme dans la population générale, un manque de connaissance sur les mécanismes physiologiques de la lactation [23] et sur la composition du lait maternel qui renforce cette idée. Le « bien nourrir » consiste à nourrir d'un lait sûr, dont la technique de production est connue et fondée sur des preuves scientifiques. Par opposition, le lait maternel apparaît encore mystérieux.

Mme B, 38 ans, exprime clairement ce mystère :

« Oui oui parce que bon on sait très bien que le biberon contient enfin que le lait du biberon contient- enfin bon on sait qu'il nourrit mais ce qu'on ne voit pas... je pense que c'est le fait qu'on ne voit pas. Parce que un bébé quand il boit après sa mère, on le voit pas. On ne sait pas si le lait est assez riche. Après vous avez la pesée du bébé, ya que ca qui peut nous indiquer. Mais après combien de temps je vais pouvoir l'allaiter ? c'est toutes ces questions là qui se posent. Moi j'en suis sûre que c'est ça. »

Les idées reçues sur le lien entre l'allaitement et la relation mère-enfant ne s'imposent pas chez elles, car elles le vivent autrement. Elles ne ressentent pas la nécessité d'investir émotionnellement une proximité souvent valorisée, ou un temps passé avec son bébé. Leur amour maternel n'a pas besoin de l'allaitement pour être mis en évidence : il est explicite, il va de soi, il n'a pas besoin d'être instrumentalisé.

Comme le dit Mme B, 38 ans :

« et en même temps ca veut pas dire qu'on n'aime pas son enfant parce qu'on l'allait pas.. Non, ca c'est sûr. Parce que des contacts avec son enfant on en a d'autres qu'avec l'allaitement. Oui. Enfin je pense. »

« J'ai nourri mes trois, mes quatre enfants au biberon, moi je sais bien que le troisième il a toujours été collé après moi, pourtant je l'ai pas nourri après moi, donc j'ai vu que ce soit par allaitement ou par biberon, quand un enfant doit être collé après sa mère, il le fera. Donc je pense pas que l'allaitement fusionne plus la mère avec l'enfant que si ca aurait été au biberon. Non, moi j'ai eu l'effet inverse, j'ai jamais allaité, et mes gosses ils étaient toujours collés après moi. »

Les informations retenues sur la santé de la mère qui allaite et son lien avec le régime maternel conseillé, les éloignent d'autant plus de leur volonté d'allaiter, puisque ces principes savants ne sont que difficilement applicables dans leur quotidien. En effet de nombreuses études ont montré la spécificité de l'alimentation des milieux précaires [37]. Il est précisé par exemple que le budget de l'alimentation passe après les autres, que les populations précaires n'ont pas accès à un choix diversifié de commerces à cause de leurs possibilités financières, ce qui les marginalisent davantage [38].

On peut citer par exemple la représentation qu'elles ont de la nécessité pour allaiter d'avoir beaucoup de fer, de manger suffisamment de laitages, de se nourrir correctement et suffisamment.

Mme B, 38 ans :

“Vous pensez que ça dépend de quoi que le lait soit nourrissant ou pas ?

Alors ça je ne sais pas du tout. Peut-être que le fait que comment la mère se nourrit, est-ce qu'elle se nourrit assez bien pour que le lait puisse être assez nourrissant pour l'enfant. Moi je vois que ça, parce que moi j'y connais rien moi là dedans. Moi je suppose. »

Mme R, 32 ans :

“Comment avoir plus de lait ?

Manger beaucoup de laitages, manger par quantité.”

« Oh oui. Faut être motivée. Faut être en pleine forme, faut avoir beaucoup de fer aussi. Parce que le fer c'est important pour le nourrisson. »

Elles sont peu réceptives aux explications des mécanismes physiologiques, alors même qu'elles construisent leur argumentation de manière empirique, et suivent avec l'alimentation de leur nouveau-né certains principes de consommation. Leurs repères temporels sont différents, il leur est difficile d'imaginer qu'il ne suffit pas que les seins soient remplis pour donner du lait efficacement et rapidement. Comment leur faire entendre que les mécanismes impliqués sont nombreux et qu'il faut faire confiance au temps? Leur vie se gère au jour le jour [39], les finances sont fonction de la date de paie, la réponse à un problème pratique tel que l'alimentation, doit être rapide et concret.

3. Troisième modèle : Les femmes en situation de précarité issues de milieu favorisé

Elles présentent un investissement bien différent dans le type d'allaitement qu'elles souhaitent mettre en œuvre.

La décision d'allaiter naît très tôt, parfois avant la grossesse. Elle est alors idéalisée, nourrie de nombreuses représentations très positives. Ce sont les représentations positives qui sont majoritaires [40]. Ces femmes sont en effet nées dans un milieu plus favorisé que celui dans lequel elles vivent actuellement. Elles ont donc bénéficié au cours de leur enfance et adolescence des messages positifs en faveur de l'allaitement, elles appartiennent à une génération qui a connu le retour à la promotion de l'allaitement maternel. Mais leurs mères ne les ont pas toujours allaitées, elles qui avaient découvert le choix du mode d'alimentation du nourrisson.

Mme N, 25 ans, dont la mère est sage-femme, décrit ses motivations :

« Ah tout de suite oui. J'ai toujours dit que j'allaiterais mon enfant, toujours, par rapport aux anticorps qu'il y a quand on les allaite, et puis même d'avoir ce moment avec lui. C'était le lien de l'enfant... Oui et puis surtout par rapport aux anticorps, qu'il ait tout ce qu'il faut. »

Malgré cette apparente longue préparation, la naissance arrive comme un choc attendu ou non (un cas de déni de grossesse), où l'application de leur décision doit être rapide. Les rapports au temps sont différents.

Mme N, 25 ans, décrit le choc de la naissance dans le contexte particulier du déni de grossesse et l'investissement différent alors de l'allaitement :

« Surtout que j'avais fait un déni de grossesse vu que je ne l'ai pas senti sortir, du coup je me suis retrouvée avec un bébé sur moi sans comprendre ce qu'il se passait, du coup l'allaitement, c'est vrai que ça m'a beaucoup aidé, la première fois que je l'ai allaité, j'en ai pleuré parce que je me suis dit ça y est, il est là. Ça m'a vraiment aidée. C'était vraiment positif et ça venait en plus sans aucune préparation. Oui. »

L'étape de la maternité, période plus vulnérable, interroge alors leur inscription dans la lignée familiale, qui devient un positionnement problématique. Il existe pour certaines d'entre elles au cours de cette étape d'entrée dans la vie d'adulte [41] un besoin d'opposition à leur mère. L'enfant n'est plus seulement un symbole de la transmission générationnelle mais aussi un symbole d'une rupture. L'allaitement signifie plus que nourrir, il porte les espérances d'une mère qui n'a pas pu être aussi proche de sa propre mère, il aide une nouvelle mère à s'affirmer dans une famille qui n'a jamais allaité, il est inaccessible pour une mère qui a une contre-indication médicale et ne peut donc qu'en rêver. L'allaitement est porteur d'un message qui dépasse la seule cellule familiale.

Mme P, 28 ans, décrit une des raisons fortes de sa décision d'allaiter :

« Eh bien je n'en ai pas vraiment... et parce que c'est naturel pour moi. Je n'étais pas du tout proche de ma maman et pour moi c'est être proche de son enfant. C'est venu naturellement. »

Mme N, 25 ans, présente aussi l'allaitement comme l'occasion de compenser des regrets :

« Je pense que de ne pas avoir eu beaucoup de moments avec ma mère, ou proche comme ça, je pense que je voulais donner autre chose à mon fils, et du coup c'était une bonne occasion. »

En pratique, la durée d'allaitement est plus courte que prévu, les expériences sont vécues de manière plus difficile que ce qu'elles avaient imaginé, ce qui a été observé dans la population générale [42 ; 43]. Les obstacles qu'elles rencontrent sont parfois importants, majorés par le manque de soutien de leur entourage, ou le manque d'information et de préparation.

Mme P, 28 ans, 5 enfants, d'origine gitane, explique :

« Eh bien en sachant que je n'ai pas pu allaiter très longtemps, j'aurais voulu allaiter plus longtemps. C'est vrai que je n'ai pas été beaucoup aidée par rapport à ça. Pas trop aidée parce que autour de moi personne n'allaite. Je suis une des rares à avoir allaité. C'est vrai que j'aurais aimé qu'on m'aide un peu plus. »

Elle précise les raisons de ce manque de soutien :

« Le contact peau à peau entre la maman et l'enfant, chez nous ça ne se fait pas. Parce que je viens d'une famille gitane et les enfants doivent être livrés à eux-mêmes, Et apprendre d'eux-mêmes à grandir et le contact de peau à peau donc en donnant le sein, ça ne se fait pas. »

Les enjeux étant plus importants que celui de nourrir son enfant, elles doivent supporter cette pression supplémentaire, qui les conduit souvent à l'échec. Pourtant elles réaffirment souvent qu'elles aimeraient que ce soit plus simple, le discours fait resurgir leurs contradictions.

Ces contradictions sont illustrées par Mme L, 23 ans, assistante maternelle, qui a eu un enfant qu'elle a allaité deux jours. Elle conclut l'entretien ainsi :

« Eh bien allaiter ce n'est pas la même chose, ce n'est pas que c'est plus naturel, mais il faut penser à... après on a plus d'inquiétudes, si l'enfant prend bien si il a assez etc. C'est normal. Après on dit on donne le biberon, on le donne et on sait qu'il a la dose c'est bon. Ça fait plus de questions mais après c'est une autre chose, c'était mieux mais bon... »

Les influences des professionnels de santé s'observent dans ce modèle à travers plusieurs contradictions. Leur influence est importante, généralement en faveur de l'allaitement, mais les incite parfois à prendre une décision en décalage avec leurs désirs profonds. Comme a pu l'observer Ingrid Bayot, il existe parfois des dérapages menant à une ingérence des professionnels de santé dans la décision comme le maintien de l'allaitement maternel [44]. Les contradictions portées par le discours médical lui-même et par les professionnels de santé qui ont des niveaux différents de formation à l'allaitement maternel [45] sont un obstacle à son maintien dans la durée [9 ; 10 ; 30].

Mme D, 25 ans, n'a pas été allaitée par sa mère, a eu sa première grossesse jeune. Elle décrit les circonstances du choix fait à la maternité, un choix presque collégial :

« J'avais 17 ans, les infirmières ont demandé si je voulais la mettre au sein, j'ai dit oui sans trop savoir, et puis j'avais déjà acheté les biberons, le lait, j'avais tout à la maison, et puis finalement on est parti sur un allaitement maternel. »

Mme L, 23 ans, assistante maternelle, dont le beau-père est médecin, décrit l'expérience vécue à la maternité :

« Ça s'est passé tellement vite. Je n'ai pas eu le temps. Le petit était au sein, Que la sache femme : « bon vous voyez bien que le petit il ne veut pas, Ça sert à rien qu'on continue, Il faut bien qu'ils se nourrissent bon ben c'est ça où il perdra du poids et on le gardera donc il faut passer au biberon ». Elle m'a même pas dit : « bon ben on prend le biberon et on réessaiera plus tard ». C'est le biberon et puis stop. C'était une sage femme de nuit, En faite c'était l'année que ça s'était passé donc... Et puis le lendemain j'avais déjà eu les cachets alors... J'aurais du me renseigner sur ça. Je le regrette À cette heure-ci. C'est sur que quand le bébé ne voulait pas boire... Enfin on aurait su... »

Les femmes utilisent la ruse pour se sortir de cette situation périlleuse, par exemple lors des difficultés rencontrées pendant l'allaitement. Ces difficultés vont être expliquées par des limites physiologiques confortées par des données scientifiques, ce qui les rendra plus acceptables aux yeux de leur famille ou de la société.

V. Conclusion

Cette étude est en accord avec ce qui est observé dans les maternités en France, soit un important engouement initial pour la décision d'allaiter, qui ne cesse d'augmenter, mais un sevrage précoce, conséquence de nombreux obstacles rencontrés, notamment par les femmes en situation de précarité.

Parmi elles, les représentations de l'allaitement sont souvent positives, comme dans la population générale, mais les facteurs d'échec sont nombreux et variés. Séverine Gojard a identifié deux modèles différents d'allaitement presque opposés, l'un étant le modèle savant et l'autre le modèle populaire [46]. Il était déjà question, en 1998, d'expliquer la différence observée entre les taux d'allaitement des femmes en fonction de leur catégorie socioprofessionnelle. Ses travaux ont permis de définir l'allaitement comme une pratique socialement différenciée [47].

Dans les trois modèles observés dans cette étude, les femmes ont une expérience d'allaitement différente selon qu'elles sont migrantes, issues de milieu défavorisé ou favorisé. Nous observons des différences dans la signification du « bien nourrir », qui peut être nourrir de son lait pour la plupart des femmes migrantes, qui ont un allaitement plus facile. Mais « bien nourrir » signifie aussi nourrir d'une manière plus sûre, grâce au lait artificiel qui est la norme pour les femmes issues de milieu défavorisé. Les femmes issues de milieu favorisé, montrent plusieurs tentatives de résistance aux difficultés rencontrées, dans une trajectoire d'ascension sociale le plus souvent, en initiant plus favorablement l'allaitement mais sur une durée plus courte que prévu. Nous observons des rapports complexes avec les professionnels de santé, vers qui elles s'adressent le plus souvent en cas d'échec, mais dont les informations et les conseils sont souvent contradictoires.

Ainsi le message porté de promotion de l'allaitement maternel par les professionnels de santé dans cette population est rendu difficile, puisqu'il a les limites d'un message unique, non adapté à de multiples situations en pratique. L'individualisation de la réponse serait une solution, permettant de prendre en compte chaque femme selon ses spécificités [48]. Il ne s'agit pas seulement d'un manque d'information. Plusieurs études ont montré la faible efficacité de l'information anténatale des femmes sur la durée d'allaitement [49 ; 50] et le manque de résultats sur des groupes de formations existants [51]. Pourtant, si l'allaitement maternel pourrait être une chance pour les femmes d'améliorer leur confiance en elles [52], c'est surtout cette confiance qui manque aux femmes précaires pour le maintenir dans la durée qu'elles auraient souhaitée. La lutte contre les obstacles à l'allaitement maternel dans cette population concerne particulièrement le manque de soutien de ces femmes, la nécessité de relais précoce après la maternité, leur isolement et leurs difficultés d'accès au logement [9 ; 19 ; 53 ; 54 ; 55].

Aujourd'hui, malgré une volonté croissante d'allaiter son nourrisson à la naissance, les femmes en situation de précarité se comportent comme s'il était plus facile et mieux accepté de nourrir son enfant autrement.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Table des illustrations

Tableau 1 : données démographiques de la mère.....	24
Tableau 2 : données démographiques du conjoint (à la naissance du dernier enfant).....	25
Tableau 3 : données sur le déroulement de l'allaitement.....	25
Figure 1 : durée totale d'allaitement par femmes nées en France.....	26
Figure 2 : durée d'allaitement exclusif par femmes nées en France.....	26
Figure 3 : durée totale d'allaitement par femmes migrantes.....	27
Figure 4 : durée d'allaitement exclusif par femmes migrantes.....	27
Figure 5 : importance de la durée d'allaitement exclusif dans la durée totale d'allaitement.....	28

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

1. Blondel B, Kermarrec M. La situation périnatale en France en 2010 Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. DREES; 2011 Oct. Report No.: 775.
2. Salanave B, De Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Epifane, France, 2012. BEH. 2012 Sep 18;(34):1-5.
3. ONPES. Rapport du gouvernement sur la pauvreté en France. 2012.
4. Bonet M, Blondel B, Khoshnood B. Evaluating regional differences in breast-feeding in French maternity units : a multi-level approach. Public Health Nutrition. 2010 Dec;13:1946-54.
5. Vessière-Varigny M, Garlantézec R, Gremmo-Feger G, Collet M, Sizun J. Breastfeeding in a population of preterm infants: a prospective study in a university-affiliated hospital. Arch Pediatr. 2010 Oct;17(10):1416-24.
6. Ryckmans H, Maquestiau P. Population et développement : égalité de genre et droits des femmes. Mondes en développement. 2008;(142):67-82.
7. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal officiel de la République Française. 1987 fev p. 93.
8. Smith LK, Draper ES, Manktelow BN, Field DJ. Socioeconomic inequalities in survival and provision of neonatal care: population based study of very preterm infants. BMJ. 2009 Dec 1;339(dec01 1):b4702-b4702.
9. Garrissi F, Sehim J. Impacts de la précarité sur l'allaitement maternel. Mémoire pour l'obtention du certificat de consultant en lactation IBCLC. Paris; 2010.
10. Bailey C, Pain RHRH, Aarvold JEJE. A "give it a go" breast-feeding culture and early cessation among low-income mothers. Midwifery. 2004 Sep;20(3):240-50.
11. CERIN, editor. Allaitement maternel : une pratique culturelle qui partage encore trop les femmes. 2007 Oct;(39):3-9.

12. Simard I. Factors influencing the initiation and duration of breastfeeding among low-income women followed by the Canada Prenatal Nutrition Program in 4 Regions of Quebec. *Journal of Human Lactation*. 2005 Aug 1;21(3):327–37.
13. Branger B, Cebron M, Picherot G, De Cornulier M. Factors influencing the duration of breast feeding. A study of 150 women. *Arch Pediatr*. 1998 May;5(5):489–96.
14. Turck D. Allaitement maternel : Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Les synthèses du programme national nutrition santé*; 2005.
15. ANAES, editor. Allaitement maternel Mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. *Service recommandations et références professionnelles*; 2002.
16. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, editor. Programme national nutrition-santé (PNNS) 2011-2015. 2011. p. 24.
17. Cricco-Lizza R. Black non-Hispanic mothers' perceptions about the promotion of infant-feeding methods by nurses and physicians. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006 Apr;35(2):173–80.
18. Hartley BM, O'Connor ME. Evaluation of the "Best Start" breast-feeding education program. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996 Aug;150(8):868–71.
19. Ibanez G, De Reynal de Saint Michel C, Denantes M, Saurel-Cubizolles M-J, Ringa V, Magnier A-M. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials evaluating primary care-based interventions to promote breastfeeding in low-income women. *Fam Pract*. 2012 Jun;29(3):245–54.
20. INSEE, editor. *Insee Résultats : La situation démographique en 2011 - Mouvement de la population*. 2012.
21. Rigoni I. Migration et mutation des rapports familiaux. *Cahiers du genre*. 2001;(30):103–20.
22. Capponi I, Roland F. Allaitement maternel : liberté individuelle sous influences. *Devenir*. 2013;(25):117–36.
23. Gremmo-Féger G. Allaitement maternel : l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit. *Spirale*. 2003;(27):45–59

24. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis C-L, Moyle W, Pratt J, De Vries SM, et al. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *J Hum Lact.* 2004 Feb;20(1):30–8.
25. Camus J, Oria N. Apprendre à être parent à la maternité : transmission et concurrence des savoirs. *Revue française de pédagogie.* 2012 Apr 9;176(3):73–82.
26. Bardon H. Allaiter et travailler : puisqu'on vous dit que c'est possible - Cairn.info. *Travail, genre et sociétés.* 2010;(24):129–49.
27. IRCCS, editor. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe : current situation. 2003.
28. Boulinguez-Jouan V. Allaiter pourquoi? comment? Idées reçues sur l'allaitement maternel. *Le Cavalier Bleu.* 2011. 131-135.
29. De Iulio S. De la peur de manquer aux dangers de l'obésité : les discours publicitaires et la construction sociale des risques alimentaires. *Le Temps des medias.* 2011;(17):143–63.
30. Chapman DJ. Exploring Breastfeeding Ambivalence Among Low-Income, Minority Women. *Journal of Human Lactation.* 2010 Feb 11;26(1):82–3.
31. Sineux D. L'allaitement maternel : les représentations des mères et la place des professionnels de santé. Thèse : Med : Faculté de médecine de Caen. 2003.
32. INPES, editor. Accompagner le choix de l'allaitement maternel. *La santé de l'homme.* 2010 Jul;(408):15–37.
33. Morel M-F. L'amour maternel : aspects historiques. *Spirale.* 2001;2/2001(18):29–55.
34. Walburg V, Goehlich M, Conquet M, Callahan S, Schölmerich A, Chabrol H. Breast feeding initiation and duration: comparison of French and German mothers. *Midwifery.* 2010 Feb;26(1):109–15.
35. Whelan A, Lupton P. Promoting successful breast feeding among women with a low income. *Midwifery.* 1998 Jun;14(2):94–100.
36. Belghiti E. Précarité et allaitement. *Les dossiers de l'obstétrique de la sage-femme.* 2010 Jan;(389):7–9.

37. Caillavet F, Darmon N, Lhuissier A, Régnier F. L'alimentation des populations défavorisées en France. Synthèse des travaux dans les domaines économique, sociologique et nutritionnel. ONPES. 2005-2006;279-322.
38. Conseil National de l'Alimentation, editor. Aide alimentaire et accès à l'alimentation des populations démunies en France. 2012. Available from: http://www.cna-alimentation.fr/wp-content/uploads/2013/04/cna_avis72.pdf
39. Masullo A. Paroles de femmes et de mères : ce que nourrir signifie en milieu précaire. Fonds Français pour l'Alimentation et la Santé; 2012. Available from: <http://www.alimentation-sante.org/2012/02/conference-representations-et-strategies-alimentaires-des-personnes-en-situation-de-precarite/>
40. Bayard C. Les représentations sociales de l'allaitement maternel chez des femmes enceintes québécoises qui désirent allaiter. Mémoire : Sociologie : Université du Québec, Montréal; 2008.
41. Oria N, Camus J. Avoir un premier enfant : un rite d'institution. Recherches familiales. 2012 Mar;9(1):49-59.
42. Communal M-J. Etude relative aux durées et aux facteurs qui influent sur le déroulement de l'allaitement maternel en Rhône-Alpes en 2004-2006. DRASS Rhône-Alpes; 2008.
43. Noirhomme-Renard F, Farfan-Portet M-I, Berrewaerts J. Soutenir l'allaitement maternel dans la durée : quels sont les facteurs en jeu? UCL-RESO, Bruxelles, Série de dossiers techniques; 2006 Jul. Report No.: 06-41.
44. Bayot I. Éthique et efficacité de la communication autour de l'allaitement maternel. Brest; 2006. p. 33-40.
45. Debonnet-Gobin V. Allaitement et médecine générale Etude à propos des représentations et des connaissances de 18 médecins généralistes s'articulant autour d'une soirée de formation médicale continue. Thèse : Med : Faculté de médecine d'Amiens. 2005.
46. Gojard S. Nourrir son enfant : une question d'éducation. Normes savantes, usages populaires et expérience familiale. Thèse : Sociologie. : EHESS. 1998.
47. Gojard S. L'allaitement, une norme sociale. 2003;(27):133-7.
48. Forster DA, McLachlan HL. Women's views and experiences of breast feeding: positive, negative or just good for the baby? Midwifery. 2010 Feb;26(1):116-25

49. Duron I. Dans la préparation à la naissance, l'information allaitement pour un allaitement maternel réussi. Mémoire : ESF Nancy. 2001.
50. Kronborg H, Maimburg RD, Væth M. Antenatal training to improve breast feeding: a randomised trial. *Midwifery*. 2012 Dec;28(6):784–90.
51. Spiby H, McCormick F, Wallace L, Renfrew MJ, D'Souza L, Dyson L. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counsellors on duration of breast feeding. *Midwifery*. 2009 Feb;25(1):50–61.
52. Locklin MP. Telling the world: low income women and their breastfeeding experiences. *J Hum Lact*. 1995 Dec;11(4):285–91.
53. Huot-Marchand M. Allaitement maternel et familles vulnérables. Les dossiers de l'obstétrique de la sage-femme. 2011 Apr;(403):24–9.
54. Turck D. Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel Plan d'action : Allaitement maternel. 2010 Jun p. 1–40.
55. Mahieu-Caputo D. Prise en charge des femmes enceintes et nouveau-nés en situation de vulnérabilité sociale : faut-il une prise en charge spécifique ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2010 Feb;38(2):83–91.

ANNEXES

ANNEXE 1 : GUIDE DES ENTRETIENS

Canevas des entretiens

Infos générales

Avez-vous déjà parlé d'allaitement maternel ?

Comment en avez-vous entendu parlé ?

Pensez-vous avoir eu les informations que vous vouliez sur l'AM ?

Entourage-professionnels de santé

Quelles personnes pourraient influencer votre décision d'allaiter ou non ?

Pensez-vous que votre conjoint peut participer à la décision ?

Votre choix d'allaiter pourrait dépendre de lui ?

Pensez-vous qu'il est question de motivation ?

De quel type de motivation ?

Comment cette décision pourrait-elle être rendue plus facile ?

Est-ce une décision évidente ?

Pouvez-vous me parler de votre expérience ?

Est-ce plutôt une bonne ou une mauvaise expérience ?

Quelles sont les personnes qui pourraient vous encourager/décourager à allaiter ?

Quels sont les côtés de l'allaitement maternel qui sont les plus importants à vos yeux ?

Pensez-vous que la relation entre la mère et son enfant est modifiée/influencée par l'AM ?

Représentations sociales

Que vous inspire une femme en train d'allaiter son enfant ?

Comprenez-vous que certaines personnes puissent critiquer/réagir ?

Bébé

Quel est à votre avis le comportement habituel d'un bébé allaité ?

En quoi pourrait-il être différent ?

Est-ce que pour vous il serait plus demandeur ?

Pensez-vous qu'une femme est prête à s'adapter aux demandes de son enfant ?

Mère

En quoi l'AM peut modifier le corps de la femme ?

Connaissez-vous des personnes qui l'ont vécu ?

L'AM pourrait-il ne pas convenir à certaines femmes ? Pour quelles raisons ?

Que diriez-vous du lait maternel ?

Sevrage

Comment avez-vous arrêté d'allaiter ?

Est-ce une décision évidente ?

Pensez-vous que c'était la bonne durée ?

Quelle serait la durée idéale ?

Qu'est-ce qui a pu vous empêcher de l'atteindre ?

Est-ce valorisant pour la maman ?

Que donneriez-vous comme conseil à une femme enceinte qui ne sait pas si elle va allaiter son bébé ?

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE DE RECUEIL DES DONNEES DESCRIPTIVES

Entretien n°

Lieu :

Date :

La mère

Age	
Statut	mariée en couple autre
Lieu de naissance	
	Europe : France - autres Autres : Afrique-Asie -Amérique
Dernier diplôme obtenu	bac ou moins
	bac +1 et plus
CSP avant la grossesse	
Parité	
Avez vous été vous-même allaitée?	Oui-Non

Les enfants

1er enfant	durée allaitement totale :	
Age de la mère	dont exclusif	
	Petit poids de naissance (inférieur à 2500g)	oui-non

2e enfant	durée allaitement totale :	
	dont exclusif	
	Petit poids de naissance (inférieur à 2500g)	oui-non
3e enfant	durée allaitement totale :	
	dont exclusif	
	Petit poids de naissance (inférieur à 2500g)	oui-non

Etiez-vous en couple à la naissance de votre enfant? Oui-Non

Age du conjoint	
CSP du conjoint	

Retour : courrier - mail - téléphone

Informations générales

Texte lu aux participantes avant signature du consentement

Je réalise dans le cadre de ma thèse de docteur en médecine une étude sur l'allaitement maternel. Il s'agit d'entretiens individuels au cours desquels je poserai des questions sur l'allaitement maternel. Pour cela, il n'est pas nécessaire que vous ayez allaité.

Les conclusions figureront dans un article servant à aider les professionnels à donner des conseils sur l'allaitement maternel.

Je peux vous assurer que tout ce que vous me direz restera complètement confidentiel : vous n'avez pas besoin de me donner votre nom, et aucun renseignement susceptible de vous identifier ne sera transmis à qui que ce soit en dehors de l'équipe de recherche.

Vous n'avez pas besoin de répondre aux questions si vous ne le souhaitez pas mais je vous demande d'y répondre chaque fois que vous le pourrez.

L'entretien durera une quarantaine de minutes.

Avez-vous des questions à poser sur l'étude ou l'entretien?

Etes-vous d'accord pour cet entretien?

Mélanie Jacques-Gouriou

CONSENTEMENT

J'ai été informée par oral et je donne mon accord pour participer à une étude portant sur l'allaitement maternel. J'accepte volontairement de participer à cette étude et je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et que je peux me retirer à tout moment sans avoir à me justifier.

J'ai pris connaissance que l'étude sera anonyme. J'accepte un enregistrement audio de cet entretien pour faciliter son déroulement (il sera détruit après l'étude).

Date :

Nom :

Signature :

Nom de l'investigateur : Mélanie Jacques-Gouriou

Signature de l'investigateur :

ARTICLE

RESUME

RESUME DE LA THESE

Le taux d'allaitement maternel augmente progressivement dans la population française, mais les femmes en situation de précarité se distinguent par des taux d'initiation moins élevés et un sevrage précoce. Afin de déterminer les obstacles à l'allaitement dans cette population, nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de onze femmes en situation précaire. Elles ont été recrutées sur la base du volontariat, en Lorraine. Les résultats de l'analyse thématique ont permis d'identifier trois groupes de femmes présentant des caractéristiques similaires sur le type d'allaitement mis en œuvre. Les femmes migrantes allaitent plus longtemps, et rencontrent moins de difficultés pratiques dans le déroulement de l'allaitement. Les femmes en situation de précarité issues de milieu favorisé ont des représentations positives de l'allaitement mais une mise en route très difficile conduisant le plus souvent à un sevrage précoce, rendant compte aussi des contradictions du discours des professionnels de santé. Les femmes en situation de précarité issues de milieu défavorisé ont majoritairement choisi de ne pas allaiter. Pour celles-ci, l'alimentation du nourrisson paraît plus sûre au lait artificiel, qui est par ailleurs la norme autour d'elles, et permet une meilleure maîtrise de la qualité et de la quantité. La promotion de l'allaitement maternel par les professionnels de santé auprès des femmes en situation de précarité gagnerait à prendre en compte leurs particularismes, qui ne relèvent pas seulement de leur situation sociale.

TITRE EN ANGLAIS

The obstacles to breastfeeding in low-income women population : a qualitative study using semi-structured interviews.

THESE : MEDECINE GENERALE - ANNEE 2014

MOTS CLES

Allaitement ; précarité ; professionnels de santé ; étude qualitative ; médecine générale

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex