

UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Les enjeux de la relation médecin généraliste-parents dans
l'accompagnement de l'allaitement maternel**

Présentée et soutenue publiquement le 28 Novembre 2025 à 14 heures
au Pôle Formation
par **Anthony GADOULEAU**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Assesseurs :

Madame la Docteure Fanny Serman

Monsieur le Docteur Thibaut TEMPLEMENT

Directrice de thèse :

Madame la Docteure Fanny SERMAN

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	4
Méthode.....	8
Cadre général et approche choisie.....	8
Participants et stratégie d'échantillonnage.....	8
Taille et saturation de l'échantillon.....	9
Recrutement des participants.....	9
Recueil des données.....	10
Cadre analytique et processus d'interprétation.....	11
Considérations éthiques.....	12
Résultats.....	14
1. Être reconnue : la relation comme soin.....	15
2. Entre savoirs et légitimation : recomposer les repères.....	18
3. Le corps éprouvé et la métamorphose identitaire.....	19
4. Solitude et charge invisible.....	21
5. La relation au médecin : entre soutien et dissonance.....	22
6. Les réseaux de soutien : une maternité plurielle.....	24
7. Autonomie et transformation de soi.....	25
Discussion.....	28
1. Le rôle central du médecin généraliste dans le soutien à l'allaitement.....	28
2. La reconnaissance comme besoin thérapeutique fondamental.....	29
3. Le corps maternel : un espace de tension entre biomédical et vécu.....	30
4. La relation médecin-mère : entre alliance thérapeutique et rupture de confiance.....	31
5. Les tensions normatives : entre discours médicaux, sociaux et personnels.....	32
6. De la vulnérabilité à l'autonomisation : le sens de la transformation parentale.....	33
7. Forces de l'étude.....	34
8. Limites de l'étude.....	35
9. Perspectives.....	36
Conclusion.....	37
Références bibliographiques.....	39
ANNEXE 1 (affiche de recrutement).....	43
ANNEXE 2 (lettre d'information de thèse).....	44
ANNEXE 3 (guide d'entretien).....	45
ANNEXE 4 (QR code des entretiens).....	46
ANNEXE 5 (construction des thèmes émergents).....	48
ANNEXE 6 (Diagramme de Sankey, thèmes super-ordonnés, avec QR code).....	58
ANNEXE 7 (QR codes de l'analyse des verbatims par Lucie STAELS).....	60
ANNEXE 8 (attestation de déclaration du DPO).....	62
Abstract.....	64

Introduction

En 2025, l'allaitement maternel était reconnu comme un enjeu de santé publique à l'échelle mondiale.

Ses bénéfices étaient multiples et bien documentés, tant pour la santé de l'enfant que pour celle de la mère.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'UNICEF recommandaient un allaitement exclusif jusqu'à l'âge de six mois, puis poursuivi jusqu'à deux ans ou au-delà, en complément d'une diversification alimentaire adaptée (1,2).

Ces recommandations reposaient sur un corpus robuste de données épidémiologiques et cliniques : réduction du risque d'infections gastro-intestinales, respiratoires et otites (3,4), protection contre l'obésité, le diabète de type 2 et certaines pathologies cardiovasculaires (5,6).

Chez la mère, l'allaitement était associé à une diminution du risque de cancer du sein et de l'ovaire, ainsi qu'à une meilleure régulation métabolique et hormonale post-partum (7,8).

Certaines études soulignaient également son rôle dans la prévention de la dépression du post-partum et dans la consolidation du lien mère–enfant (9–11).

Au-delà des bénéfices médicaux, l'allaitement revêtait une dimension sociale, psychologique et identitaire : il s'inscrivait dans un rapport singulier au corps, au temps, à la norme et au regard social.

Malgré ces bénéfices, la prévalence et la durée de l'allaitement demeuraient insuffisantes en France.

Le taux d'allaitement exclusif à la maternité en 2024 était de 77 %, 54 % à deux mois, 34 % à six mois et 18 % à douze mois (12,13).

Ces chiffres contrastaient avec ceux de certains pays européens, comme la Norvège ou la Suède, où plus de 60 % des nourrissons étaient encore allaités à six mois en 2024 (14).

Cette disparité pouvait traduire des différences dans les politiques de santé, les soutiens institutionnels, mais aussi des représentations culturelles et professionnelles de l'allaitement.

Les déterminants de la poursuite de l'allaitement étaient multiples et interconnectés.

Ils incluait des facteurs socio-économiques (niveau d'études, emploi, âge maternel) (15), psychologiques (estime de soi, confiance en ses compétences parentales) (16), culturels et familiaux (17,18).

Mais l'un des déterminants majeurs restait la qualité du soutien reçu par la mère au cours de son parcours postnatal (19–21).

Des études relativement anciennes (2006, 2015) convergeaient pour montrer que la continuité du soutien, la validation du vécu et la présence d'un professionnel référent augmentaient significativement la durée et la satisfaction de l'allaitement (22,23).

Dans ce contexte, en 2025, la figure du médecin généraliste pouvait occuper une place stratégique.

Professionnel de premier recours, il assurait la continuité des soins, accompagnait la dyade mère–enfant et servait souvent de repère après le retour à domicile (24,25).

Son rôle pouvait donc être déterminant dans le maintien de l'allaitement.

Cependant, la littérature médicale révélait un paradoxe : alors que le médecin généraliste était au centre du suivi postnatal, il restait souvent en marge de l'accompagnement spécifique à l'allaitement (26,27).

Plusieurs enquêtes menées en France et à l'étranger mettaient en évidence un manque de formation, un sentiment d'incompétence et parfois une difficulté à adopter une posture de soutien non prescriptive (28–30).

Le modèle biomédical traditionnel, centré sur la maladie, tendait à reléguer l'allaitement au rang d'un comportement maternel "naturel" ne nécessitant pas d'expertise médicale spécifique (31).

Or, les mères rapportaient souvent des difficultés physiques (douleurs, crevasses,

engorgements), psychiques (culpabilité, fatigue, anxiété) et sociales (jugements, contradictions entre discours médicaux et sociaux) (32–34).

L'absence de reconnaissance de ces difficultés par le médecin, ou des réponses jugées normatives, pouvaient générer un sentiment d'isolement et un désengagement précoce (17,35).

À l'inverse, certaines études qualitatives soulignent que lorsque le médecin généraliste adoptait une posture de reconnaissance et de co-construction, la relation de soin devenait thérapeutique en elle-même (20,22,36).

Les mères décrivaient alors le généraliste comme un allié dans le processus de maternité, et non comme un simple prescripteur (37).

Cette dimension relationnelle, pourtant essentielle, restait peu explorée dans la recherche médicale, qui privilégiait encore une approche centrée sur les connaissances ou les pratiques techniques.

Le post-partum prolongé constituait une période de vulnérabilité particulière, marquée par des réajustements physiques, psychiques et identitaires (21,38,39).

Le médecin généraliste, en tant que soignant longitudinal, était idéalement placé pour accompagner cette transition et pour soutenir l'allaitement, à la fois comme acte biologique et comme expérience symbolique.

Pourtant, son rôle réel, sa place perçue par les mères et la signification de cette relation dans le vécu de l'allaitement demeuraient encore méconnus.

C'est dans ce contexte que s'inscrivait la présente recherche, dont la question centrale était:

**Quels sont les enjeux de la relation médecin généraliste–parents dans
l'accompagnement de l'allaitement maternel ?**

Cette étude visait à comprendre, à travers les récits de parents allaitants, ce que signifiait la relation au médecin généraliste pendant l'allaitement, ce qu'elle apportait ou ce qu'elle

fragilisait, et comment elle influait sur l'expérience vécue de la maternité.

En adoptant une approche phénoménologique interprétative, ce travail cherchait à faire s'exprimer la subjectivité des parents et à tenter d'en identifier les significations dans cette relation de soin.

L'intérêt était double : scientifique, en contribuant à un champ encore peu exploré dans la littérature médicale, et clinique, en éclairant des pistes pour renforcer la qualité relationnelle du suivi postnatal.

Méthode

Cadre général et approche choisie

Cette étude s'inscrivait dans le champ des recherches qualitatives en médecine générale et reposait sur l'analyse phénoménologique interprétative.

L'objectif de cette méthode était d'explorer la signification que les individus attribuaient à leur expérience vécue, ici celle de la relation avec leur médecin généraliste dans le contexte de l'allaitement maternel.

L'analyse phénoménologique interprétative repose sur le principe de la double herméneutique : les participants donnent sens à leur vécu, et le chercheur tente de comprendre ce sens à partir de leurs mots, en s'efforçant de suspendre ses préjugés.

Cette approche permet d'accéder à la dimension subjective du soin, au-delà du seul discours rationnel ou biomédical, et de mettre en lumière les dynamiques émotionnelles, corporelles et symboliques à l'œuvre dans la relation de soin.

Le choix de cette méthode répondait à la volonté de comprendre l'expérience vécue du point de vue des parents, dans sa complexité et sa cohérence interne.

La phénoménologie interprétative offre un cadre particulièrement adapté à cette exploration du sens, en reconnaissant la singularité de chaque trajectoire et en cherchant les thématiques communes qui émergent à travers les récits.

Participants et stratégie d'échantillonnage

L'étude a reposé sur un échantillonnage raisonné homogène, permettant de sélectionner des participants présentant des caractéristiques comparables et de se concentrer sur la richesse de leurs vécus.

Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion retenus étaient les suivants :

- **Âge et situation familiale** : personnes âgées de plus de 18 ans, vivant en couple ou en famille monoparentale ;
- **Localisation géographique** : résident dans le **Nord** ou le **Pas-de-Calais** ;
- **Âge et santé des enfants** : enfants âgés de **1 à 2 ans**, nés après **37 semaines** d'aménorrhée ;
- **Suivi médical** : enfants **suivis exclusivement par un médecin généraliste** ;
- **Allaitement maternel** (exclusif ou mixte) initié dès la sortie de la maternité, quelle que soit sa poursuite au moment du recrutement.

Taille et saturation de l'échantillon

La collecte s'est arrêtée au moment où la saturation des données a été constatée.

La saturation a été atteinte lorsque les nouvelles données n'apportaient plus de thèmes ou de perspectives pertinentes par rapport à la question de recherche.

Recrutement des participants

Le recrutement s'est effectué par plusieurs canaux complémentaires afin d'assurer la diversité des parcours tout en respectant le cadre géographique et les critères d'inclusion :

1. **Affiches dans des cabinets de médecine générale**, placées dans les salles d'attente fréquentées par des parents de jeunes enfants, afin de toucher directement

la population cible (annexe 1)

2. **Publications sur le réseau social Instagram effectuées par madame Marion Laroussinie (gérante du salon de thé “Le Polisson Gourmand” à Armentières),** permettant de diffuser l’appel à participation dans des communautés actives de parents allaitants et de renforcer la visibilité du projet.
3. **Contacts personnels,** utilisés pour compléter l'échantillon si les deux premières méthodes de recrutement n'étaient pas satisfaisantes.

Les personnes intéressées prenaient contact avec l'enquêteur, qui vérifiait les critères d'éligibilité et présentait les objectifs, les modalités et les garanties de confidentialité de l'étude (lettre d'information de thèse, annexe 2)

Les entretiens étaient fixés en accord avec les participantes, selon leurs disponibilités et préférences.

Recueil des données

Une guide d'entretien a été établie afin de le structurer autour de 5 grandes questions (annexe 3).

Les entretiens semi-dirigés ont constitué la principale méthode de recueil (annexe 4).

Ce choix méthodologique visait à offrir un espace de parole libre et réflexif, où chaque participante pouvait exprimer, dans ses propres mots, ses perceptions, émotions et significations liées à son allaitement et à la relation avec son médecin généraliste.

Les entretiens se sont déroulés dans des lieux choisis par les participants – domicile ou lieu public calme – afin de favoriser un climat de confiance et d'authenticité.

Chaque entretien a été enregistré simultanément sur deux supports dictaphones distincts afin de garantir la qualité sonore et la sécurité des enregistrements.

Les enregistrements ont ensuite été transcrits en verbatim intégral, en respectant la langue orale (répétitions, hésitations, interruptions), selon une approche phénoménologique de fidélité au vécu exprimé.

Cadre analytique et processus d'interprétation

L'analyse a suivi les étapes de l'IPA décrites par Smith, Flowers et Larkin (40).

Le processus a été mené avec les logiciels Atlas.ti version 25 et Excel.

1. **Lecture immersive** : chaque verbatim a fait l'objet de plusieurs lectures, en prenant en compte les éléments descriptifs (contenu du discours), linguistiques (choix des mots, rythme, émotions exprimées) et conceptuelles (significations possibles).
2. **Émergence des unités de sens** : identification des passages significatifs et formulation d'étiquettes expérientielles, c'est-à-dire des expressions condensant le sens du vécu en lien avec la question de recherche.
3. **Construction de thèmes émergents** : regroupement des étiquettes selon des similarités de signification, en cherchant à articuler les aspects émotionnels, cognitifs et relationnels du discours (annexe 5).
4. **Hiérarchisation en thèmes super-ordonnés** : synthèse des thèmes émergents en grandes catégories thématiques représentant les structures de signification majeures, schématisées par un diagramme de Sankey (annexe 6)

5. **Analyse transversale** : mise en regard des six entretiens pour dégager des convergences et des divergences, et identifier des familles phénoménologiques transversales.
6. **Triangulation symétrique** : une seconde chercheuse (Lucie STAELS, interne de Médecine Générale) a conduit une analyse parallèle des six entretiens, selon la même méthode (annexe 7) : confrontation des analyses, discussion des écarts d'interprétation, et co-validation des thèmes super-ordonnés.

Les deux lectures ont été considérées de valeur égale, dans une démarche d'enrichissement mutuel et de rigueur analytique.
7. **Élaboration de la synthèse interprétative** : les thèmes super-ordonnés issus de la triangulation ont été organisés autour de grandes familles de sens transversales, formant la structure des résultats présentés dans la section suivante.

Considérations éthiques

Chaque participante a reçu une information complète sur les objectifs de la recherche, les modalités de participation, la durée des entretiens approximative, les conditions d'enregistrement et les garanties de confidentialité.

Le consentement éclairé a été recueilli par écrit avant le début de l'entretien.

L'ensemble des données a été anonymisé : les prénoms ont été modifiés, les lieux et détails permettant d'identifier les personnes ont été supprimés.

Les enregistrements et transcriptions ont été stockés sur support uniquement accessible aux investigateurs impliqués.

Aucune donnée sensible n'a été transmise à des tiers.

L'étude a été déclarée conforme par le Délégué à la Protection de Données (annexe 8).

L'investigateur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

Résultats

L'analyse des entretiens met en évidence des profils de participantes relativement homogènes sur le plan sociodémographique. Celles-ci exerçaient pour la plupart dans le domaine de la santé ou du secteur médico-social (pharmacienne, éducatrices spécialisées, auxiliaire de puériculture). La durée moyenne des entretiens d'une heure et onze minutes a permis d'explorer de manière approfondie les expériences et perceptions des mères.

Toutes les participantes avaient allaité pendant une durée d'au moins six mois, et cinq d'entre elles poursuivaient encore un allaitement au-delà d'un an. Deux femmes étaient enceintes au moment de l'entretien, poursuivant leur allaitement durant cette nouvelle grossesse. Le tableau 1 ci-dessous résume les caractéristiques des participantes et des entretiens.

Tableau 1 : Caractéristiques des participantes et des entretiens

Les données sont issues des six entretiens semi-dirigés réalisés entre 2024 et 2025.

Caractéristiques	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5	Entretien 6
Âge	Non précisé	33 ans	Non précisé	Non précisé	Non précisé	27 ans
Profession	Pharmacienne (en congé parental)	Éducatrice spécialisée	Éducatrice spécialisée (ESAT)	Auxiliaire de puériculture (crèche)	Non précisé	Non précisée (activité intermittente)
Âge des enfants	1 enfant (Édouard, 13 mois)	1 enfant (Margaux, 2 ans) + grossesse (15 SA)	2 enfants (Lily, 4 ans ; Marilou 16 mois)	1 enfant (Louisa, 14 mois)	1 enfant (Charlie, 18 mois)	1 enfant (Constance, 2 ans) + grossesse (4 mois)
Durée de l'allaitement	Allaitement en cours	2 ans et en cours	2 ans et demi pour Lily, 11 mois pour Marilou	Allaitement en cours	11 mois	2 ans et en cours
Situation particulière	relation positive avec le médecin traitant, père kinésithérapeute	Allaitement prolongé pendant la grossesse, soutien fort du conjoint et de l'employeur	Première grossesse pendant le Covid	Accouchement physiologique	Allergie au lactose, RGO, difficultés de sevrage	Dépression post-partum, contexte familial difficile (maladie du père)
Durée de l'entretien	72 minutes	66 minutes	75 minutes	50 minutes	96 minutes	71 minutes
Lieu de l'entretien	Salon de thé calme	Salon de thé calme	Domicile de la participante	Salon de thé calme	Salon de thé calme	Restaurant calme
Genre du médecin traitant	2 médecins : femme puis homme	Femme	Non précisé	Non précisé	Femme	Femme

1. Être reconnue : la relation comme soin

Le premier invariant de sens est la reconnaissance du vécu maternel.

Pour les participantes, être crue, écoutée sans jugement, constitue un acte thérapeutique en soi.

La parole du médecin, quand elle accueille l'émotion plutôt qu'elle ne la corrige, permet une reconstruction du lien de confiance et redonne à la mère le droit de parler depuis son expérience :

« j'avais vraiment peur que, enfin, c'est par rapport à mon vécu familial, qu'elle me dise « ça va tu peux travailler ». Oui j'avais peur d'être jugée, oui... » (E1, 08 : 02–08 : 33)

« Charlie est un bébé diversifié plus, plus, plus, plus, mais voilà... elle me voyait lui donner des fruits exotiques avant ses un an, elle m'a jamais dit quoi que ce soit » (E5, 0:50:30)

« Et pour le coup, d'avoir des professionnels qui sont à l'écoute, ça a aidé aussi à... bah à faire respecter mes choix, on va dire » (E4, 04:59)

« J'avais beaucoup confiance en elle. Et je savais qu'elle prenait vraiment ce qu'on disait à cœur et au sérieux. Parce que j'avais déjà eu d'autres médecins et des fois, ce qu'on dit, ça passe vraiment, « bon, bah doliprane », et voilà, on n'a pas trop d'infos... (...) je sentais que c'était... elle était à l'aise avec ça. Et je ne me suis jamais sentie non plus jugée, par exemple pour les nuits qui étaient très saccadées pendant bah plus de neuf mois, elle n'a jamais évoqué que c'était peut-être à cause de l'allaitement. Je sais que ça aussi... certains discours parfois qu'on entend, et des retours d'expériences de copines, de la famille ou... c'est vrai que ça fait... ça faisait un peu peur. Et là, pour le coup, elle n'a jamais eu de jugement par rapport à ça. Elle m'a toujours bien accompagnée et rassurée en me disant que le sommeil, ce n'était pas à cause de ça et que ce serait quand elle serait prête et... Bah c'est vrai que ça remet en confiance, on se dit : « bon, bah ça va, ce n'est pas à cause de moi et... » (E4, 12:17–13:10)

« j'étais dans un environnement de travail très négatif. Donc du coup, quand je lui disais : « mais là, je peux pas travailler ou quoi », bah voilà, elle... elle suivait aussi mes demandes. Elle m'a beaucoup... enfin, elle était beaucoup à l'écoute aussi à ce niveau-là » (E5, 26:22)

Ce moment de reconnaissance met fin à une disqualification souvent ressentie dans le parcours médical.

La posture du médecin, plus que son discours, devient une présence réparatrice.

Comme l'exprime d'autres participantes :

« c'est dans sa façon d'être qui m'a mise en confiance » (E2, 18:15–18:20).

« enfin vraiment, allez voir le Dr. M me faisait du bien, il est très rassurant, même sa façon d'être avec Edouard » (E1, 27:54–28:13)*

« je pense que c'est surtout la mise en confiance que je trouve importante, en tout cas pour ma part, j'avais l'impression de pas trop m'en sortir alors que je m'en sortais bien ! » (E2, 41:36–41:40)

« même le fait de dire : « c'est bien que vous fassiez... » rien que ça en fait, je pense que ça... ça peut aider psychologiquement déjà à se dire : « bon, OK, ce n'est pas facile », surtout au début, ce n'est pas facile, mais je continue parce que ça, c'est bien fait là en fait. Et je pense que c'est ça qui est important, en tout cas au début de l'allaitement quoi » (E3, 01:07:05)

« Enfin, juste d'être soutenue et pas... pas de jugement et pas remettre en doute les problèmes comme le poids, le sommeil, etc. » (E4, 35:02)

« Et en fait de temps en temps, bah... enfin « de temps en temps », quand je la voyais (la médecin généraliste) pour Charlie, ou même pour moi, parce que bah il me faut un renouvellement d'ordonnance ou si j'étais pas bien, malade ou quoi, euh... elle me demandait. Alors là, c'est vrai qu'elle a arrêté (Rire.) Elle me dit : “ et vous, comment vous allez ? “ » (E5, 36:13)

L'écoute et le non-jugement ne sont pas perçus comme de la neutralité, mais comme une forme d'engagement : la reconnaissance permet d'autoriser à éprouver.

2. Entre savoirs et légitimation : recomposer les repères

Le deuxième invariant réside dans la mise en tension des savoirs.

Les mères décrivent un parcours fait d'essais, de doutes et d'auto-formation, face à une médecine perçue comme très souvent peu formée à l'allaitement.

« On a des informations, mais pas forcément les bonnes » (E2, 03:23–03:37).

« Ben c'est vrai que surtout au début, même si on a une formation, on a envie de poser des questions, on se dit que tout le monde est formé à l'allaitement de la même façon, ben on se rend compte que non. Mais là j'ai de l'expérience, je me rend compte que j'en ressens pas forcément le besoin, sauf si c'est pour des petites choses techniques je pense que je demanderais. J pense que ce serait bien de rappeler qu'il y a des recos qui existent, j pense que la Leche League en propose mais faut aussi que ça tombe au bon endroit, au bon moment, et ça ça devrait mieux être expliqué en France, mais après la médecine générale... (Elle réfléchit) Par exemple, la deuxième médecin généraliste parlait surtout de la courbe, y'avait pas d'autres questions » (E2, 45:00)

« On a eu... On a eu des cours du coup en formation, mais c'était il y a six ans maintenant. Et après, je lis pas mal les... enfin sur des livres ou des... sur Internet... » (E4, 0:18:06)

Certaines choisissent de s'approprier les connaissances pour restaurer leur légitimité :

« Je vais faire un DU... il y a énormément de mythes... je suis vraiment au taquet » (E1, 00:30–01:38).

« Oui bah oui, ben forcément (sourire) puisque j'ai trouvé mes sources sur internet » (E2, 43:23–43:29)

« Oui la Lèche League, mes cours, le Hot Milk Magazine, j'ai aussi beaucoup

lu un groupe Facebook qui s'appelle « Mythes et pépites sur l'allaitement maternel ». Et donc, ils se moquent beaucoup des professionnels de santé, donc tous hein, même des pharmaciens (sourire), on lit des choses de fou et donc, les mythes je les connaissais mais des fois je lis dans les commentaires « oui mais heureusement que je suis allée voir mon médecin généraliste qui m'a vraiment expliqué que non il faudrait faire comme ça comme ça comme ça ».... Ouais d'accord alors ça je le savais, mais pas à ce point là en fait. On lit des choses de fou comme une puéricultrice qui dit à une femme qui vient d'accoucher « mais enfin madame si pour votre bébé vous ne buvez pas de lait de vache, comment voulez-vous allaiter votre enfant, le lait ça vient que du fait de l'alimentation... » » (E1, 48:54)

« J'ai eu quelques ralentissements, mais bon, avec les astuces de grand-mère, j'ai su assez vite relancer » (E6, 21:34)

Elles tissent ainsi une écologie des savoirs, mêlant expériences personnelles, lectures, forums et conseils de pairs.

Le médecin garde sa place dès lors qu'il reconnaît cette compétence et s'en fait le médiateur, non le détenteur exclusif.

L'accompagnement est vécu comme soutenant lorsque le professionnel "fait réseau" : il relie, contextualise, oriente, au lieu d'imposer un protocole unique.

3. Le corps éprouvé et la métamorphose identitaire

Dans les récits, le corps occupe une place importante.

Il est à la fois source de souffrance et vecteur de transformation.

La douleur n'est pas seulement une épreuve physiologique : elle est le lieu d'un apprentissage existentiel où se forge la nouvelle identité maternelle.

« Le lait arrivait trop fort, donc il a fallu que je m'adapte... allaiter allongée... c'était un apprentissage » (E2, 37:42–41:40).

« Et derrière, du coup, il y a eu ça et il y a eu la fatigue aussi, parce qu'elle tétait beaucoup la nuit. Alors elle a eu une grosse période où elle se réveillait toutes les 20 minutes, une demi-heure, autant te dire on ne dormait pas » (E5, 08:31)

« j'étais souvent à la maison, donc si vous voulez, sortir le sein pour allaiter, ça me dérangeait pas, ici non plus. Sauf qu'en fait au bout d'un moment, ça devient lourd de sortir son sein, partie du corps assez intime. Au bout d'un moment, on n'a plus envie de partager son nibard avec les gens en fait, quoi. Même si c'est pour nourrir son enfant, enfin, moi, ça... ça devenait lourd, ça commençait à devenir lourd à ce niveau-là. Et puis en fait, j'avais besoin de retrouver mon corps, mais pour moi toute seule ; pas à partager, en fait. Et cette envie-là est arrivée vers les cinq, six mois. Et à cinq... à cinq mois, je dis : " bon, je vais attendre les six mois ". Pourquoi six mois ? J'en sais... alors c'était ce qui était recommandé ; donc bon, si j'arrive à six mois, c'est plutôt chouette en fait. » (E5, 1:06:55–1:08:31)

« L'allaitement était un peu difficile à se mettre en route parce que j'avais très mal... ah oui, elle tétait très fort. Du coup, ça faisait des... des crevasses dès les premiers jours, donc c'était dur » (E4, 04:59)

« j'ai tiré mon lait de sorte à ce que si jamais moi j'avais besoin de me... me trouver en tant que maman, mais femme, euh... et donc du coup, je l'ai... j'ai pu la laisser quelques heures à... bah à mon conjoint, à ma mère, etc. » (E6, 02:33)

Ces paroles traduisent une reconstruction de soi par le corps, où la douleur, intégrée et comprise, devient un savoir incarné.

Le corps n'est plus seulement objet de soin, il devient sujet de connaissance : il apprend,

s'ajuste, enseigne.

Le rôle du médecin, dans cette perspective, consiste à nommer ce que le corps vit, à légitimer les sensations et à accompagner leur appropriation plutôt qu'à les normaliser.

4. Solitude et charge invisible

Un autre thème transversal est celui de la solitude, vécue à la fois comme isolement pratique et comme épreuve intérieure.

Après le retour à domicile, certaines décrivent un effondrement du soutien qui se double d'une culpabilité d'être fatiguée, débordée, imparfaite, comme une charge invisible :

« Après les six premières semaines, plus personne... j'étais seule avec mon bébé » (E2, 59:10–01:00:30).

« Heu, aujourd'hui avec le recul (elle réfléchit), oui peut-être que j'aurais ressenti moins de stress autour des repas, je me serais sentie moins seule car tout tourne autour du bébé, mais j'ai bien tenu la barre, mais j'aurais sûrement vécu plus facilement les choses, ça aurait été agréable, car mon enfant et moi on le voit souvent le médecin généraliste » (E1, 54:55)

« Du coup ouais j'étais seule, je faisais tout toute seule, même si on n'a pas envie (rire) » (E1, 27:19)

« Bah ma mère me disait : " mais t'es qu'une esclave, en fait " ». (E5, 33:12)

« j'ai dû trouver par moi-même mes ressources, c'est pour ça que j'espère qu'il y aura des choses qui vont changer et que y'aura plus des formations auprès des mamans et leur dire que c'est possible de continuer à allaiter en reprenant le boulot » (E2, 25:13)

« Après, c'est quand même une charge que les mamans ont quand elles allaitent. Alors après, mon mari, il prenait le relais sur plein d'autres choses, mais... enfin, l'alimentation, c'est quand même le plus important, enfin, une des choses plus importantes quoi, donc... Si... si, je n'avais pas de lait, si... Enfin,

ça, c'était quand même une pression que j'ai ressentie plus pour Marilou, parce que je sentais que j'avais moins de lait en fait. Et je pense que moi-même je me suis un peu mis la pression » (E3, 47:50)

Le médecin pourrait être un point d'appui, mais il est souvent décrit comme faiblement présent après les premiers mois.

La charge mentale, émotionnelle et relationnelle peut devenir alors l'arrière-plan constant du vécu maternel.

Dans cette perspective, reconnaître la solitude devient un acte de soin : il peut réinscrire la mère dans une communauté de sens, même symbolique.

5. La relation au médecin : entre soutien et dissonance

La relation avec le médecin généraliste peut être vécue comme un refuge ou comme une rupture.

Lorsque le médecin incarne une présence collaborative, la confiance se rétablit :

« il m'a juste dit " vous n'auriez pas une petite baisse de lactation ", je me suis dit de moi-même que je devrais tirer. Par contre, si je m'en rappelle bien, il m'a redemandé au rendez-vous suivant comment j'avais fait, qu'est-ce que j'avais fait. Il m'a demandé si j'avais besoin de conseils, etc » (E1, 24:58)

« Et du coup, la généraliste qui suivait aussi du coup et qui me disait : " ah bah c'est super, mais c'est très bien " et qui me laissait aussi... qui m'imposait pas en fait : il faut faire ci, ça, ça, ça, ça ; qui me laissait... elle me dit : " mais c'est vous la maman, c'est vous qui faites comme vous avez envie. Et puis, vu qu'il y a l'allaitement et que l'allaitement, bah je connais pas... " Enfin, voilà, elle reconnaissait qu'elle ne connaissait pas forcément tout sur l'allaitement » (E5, 24:27)

« enfin, quand je vois autour de moi les copines qui... le généraliste qui n'était

pas forcément très euh... très à l'écoute ou des trucs comme ça, enfin, je me rends compte de la bienveillance sur laquelle j'ai été confrontée dans le corps médical. Mais ça, je sais que c'est rare, je sais que c'est très rare (..) Et puis, ça m'a réconciliée aussi avec l'allaitement un peu, enfin, sur la fin (...) Parce que bah un jour, j'ai dit à ma généraliste, je lui ai dit : « mais est-ce que j'ai fait quelque chose de mal ? Est-ce que... ? » Et puis elle me dit : « bah non, mais en fait c'est comme ça, c'est tout hein ». Elle me dit : « il y a des enfants qui sont plus RGO que d'autres, il y en a qui sont allergiques, il y en a qui le sont pas, il y en a c'est à vie, il y en a qui le sont pas ». Euh, la pédiatrie aussi, elle a su beaucoup me rassurer à ce niveau-là. Et... et c'est vrai qu'elle est... à l'époque, oui, je mettais beaucoup la faute sur l'allaitement, parce que c'est aussi très facile de faire ça, vu que beaucoup de gens me disaient du mal de l'allaitement » (E5, 1:30:00–1:02:10)

« je pense que ça sert vraiment d'avoir une femme qui en plus a enfanté et qui... il y a... il y a vraiment zéro préjugé, et ça, c'est... c'est trop bien » (E6, 14:30)

Mais l'inverse existe aussi :

« Mon médecin de l'époque n'était pas très calé allaitement... il n'avait pas de réponse » (E3, 0:06:21–0:06:38).

« Bah disons que pour l'allaitement, il ne m'a pas apporté grand-chose quoi » (E3, 21:32)

« Après, je sais par notre médecin traitant, bah que l'allaitement est pas forcément bien vu ou bien su par eux, enfin, moins, et que du coup, bah à partir du moment où ils contrôlent pas et ils savent pas, ils vont dire : “ bah s'il y a quelque chose de pas bien, on va mettre ça sur le dos de l'allaitement “ » (E6, 46:12)

« Alors mon premier médecin me disait, c'est pour ça aussi que j'ai changé,

“oh bah ça se fait plus ça l’allaitement maternel”, il voyait plus trop l’intérêt d’accompagner dans ce sens là, bon c’est un médecin bon je veux pas rentrer non plus dans les préjugés mais il était quand même assez âgé (sourire) » (E2, 29:38)

« Et donc je lui posais des questions et elle allait voir sur Google et elle me disait : « bah tapez ça sur Google et vous trouverez ça » (Rire.) » (E3, 34:24)

Le ton, le regard, la manière de questionner deviennent déterminants.

On observe ici une relation dialogique : la mère ne cherche pas nécessairement des solutions toutes faites, mais une co-construction du sens de ce qu’elle vit.

Le médecin soutient le processus en aidant à penser l’expérience, non en dictant la conduite à suivre.

6. Les réseaux de soutien : une maternité plurielle

Les récits soulignent que le soutien le plus efficace est pluriel.

Les mères s’appuient sur des réseaux formels et informels : sages-femmes, consultantes en lactation, groupes d’échange, proches, environnement professionnel.

« Les groupes m’ont sauvée... j’ai compris que j’étais pas la seule » (E2, 59:10–01:00:30).

« Ma directrice est en or, elle m’a fait un coin pour tirer mon lait » (E4, 0:09:00–0:09:47).

« Et en fait, ce qui était chouette, c’est que les deux, sans se connaître, elles travaillaient ensemble, mais même sans communiquer l’une avec l’autre en fait, je faisais « passez-moi les messages ». Et euh... et l’une suivait les recommandations de l’autre aussi, ça, j’ai bien aimé ce côté où euh... OK, elle, elle a son domaine de compétence, elle sait ce qu’elle dit, euh... je... j’écoute

ce qu'elle a à dire. et puis, elle reconnaissait aussi le métier de conseillère en lactation, notamment pour ma généraliste » (E5, 0:23:11).

« j'ai tout de suite pris rendez-vous aussi à la sortie avec une conseillère en lactation (...) J'avais eu l'info ici, du coup, au Café Papote, j'avais rencontré une maman qui était suivie par cette conseillère en lactation et qui avait dit qu'elle était super chouette et que si besoin, on peut prendre rendez-vous » (E4, 06:22–06h36)

Le médecin généraliste gagne en légitimité lorsqu'il intègre ces soutiens au parcours et oriente vers eux.

La reconnaissance de ces ressources externes est perçue comme un signe d'ouverture et d'humanité, loin d'une médecine parfois perçue comme autoritaire.

L'accompagnement efficace repose sur la coordination plutôt que sur la hiérarchie des savoirs.

7. Autonomie et transformation de soi

L'allaitement agit comme un processus d'autonomisation et de transformation identitaire.

Les participantes décrivent un chemin fait de doutes, de réajustements et, souvent, de fierté retrouvée.

« Je voulais pas allaiter... j'ai testé, j'ai pas arrêté » (E6, 01:27).

« Bah c'est vrai que pendant un moment, je me dis : " mais est-ce que allaiter, finalement, est-ce que c'est vraiment bien ? Euh, est-ce que... ? ", voilà, enfin, l'allaitement, c'est tellement épuisant qu'en fait, vous remettez tout en doute quoi » (E5, 32:02)

« Donc c'est... il faut patienter. Et puis, quand elle est dans des périodes où...

où elle régurgite où elle vomit, bah... bah du coup, moi, j'adapte aussi son repas. Alors est-ce que je fais bien ? » (E5, 58:52)

« Une chose qui est sûre, c'est que dans la mesure du possible j'allaiterai pas aussi longtemps. Ça, c'est quelque chose dont je suis persuadée. Après, comme il me dit, hein, il me dit : " bah ouais, le premier t'étais pas censée allaiter aussi longtemps, t'as tenu super longtemps ". Mon parcours, il est comme il est, mais... (...) comme elle m'a déjà dit : " mais vous pouvez être fière de ce que vous avez fait, ça, c'est sûr " ». (E5, 01:29:24)

Ces phrases condensent la revalorisation de soi par l'expérience.

Mais cette autonomie se déploie dans une tension constante avec le regard social :

« Et je pense qu'à force, ils ont fini par comprendre, mais... (Rire.) quand même, au bout de deux ans et demi. Mais bon, là pareil. Après le fait qu'elle grandissait : " tu vas encore lui donner longtemps ? ". Ce n'était jamais trop... voilà, la façon dont c'était dit, ce n'était pas non plus méchant, on va dire, mais c'était quand même dit quoi » (E3, 01:03:07)

« j'ai encore le vocal, elle a dit : « oui elle est là, elle sort son gros sein plein de lait » et j'étais là : « mais je veux déjà partir, mais là, je pars encore plus vite ». Alors qu'il y ait des hommes qui soient mal à l'aise face à ça, même s'ils ont des enfants, je peux comprendre. Mais sinon, on est entouré de... d'enfants de 0 à 3 ans et qui viennent de découvrir comme nous la maternité, la parentalité, qui ont vu leurs femmes accoucher ou qui ont elles-mêmes accouché, les professionnels sont des femmes avec pour la plupart des enfants aussi. Je veux dire, c'est... je suis pas vraiment à sortir mon gros sein quoi » (E6, 29:57)

« quand je vois des... les ASSMAT (assistantes maternelles), ah, c'est un bébé allaité, j'en veux pas. Bah en fait finalement, parce que moi à la crèche j'avais des réflexions aussi à ce niveau-là » (E5, 1:22:20)

« C'est toujours : « ah à notre époque... » Mais alors que l'allaitement, ça

existe depuis la nuit des temps, mais ils ont l'impression que c'est tout nouveau, que c'est la mode, alors que pas du tout (Rire.) (...) je pense que comme on en voit... on voit très peu aussi de mamans et de femmes allaitantes au quotidien à l'extérieur, du coup, les... les anciennes qui n'ont pas l'habitude non plus, je pense, elles sont un peu moins à l'aise par la vision.» (E4, 29:29–30:16)

Le médecin joue alors un rôle d'accompagnant identitaire : il peut aider la mère à articuler son choix personnel avec les normes collectives, à trouver un juste milieu entre liberté et appartenance.

Discussion

L'expérience de l'allaitement : une traversée existentielle au cœur de la relation de soin

Les résultats de cette étude qualitative montrent la richesse et la complexité de la relation entre le médecin généraliste et les parents dans le contexte de l'allaitement maternel.

A travers l'analyse phénoménologique interprétative, l'allaitement apparaît non pas comme un simple acte biologique ou un choix de santé publique, mais comme un processus existentiel et relationnel traversé par des enjeux de reconnaissance, d'identité et de légitimité.

Ces résultats rejoignent et approfondissent plusieurs constats de la littérature médicale tout en soulignant des zones d'ombre dans la formation et la pratique clinique.

1. Le rôle central du médecin généraliste dans le soutien à l'allaitement

La place du médecin généraliste dans la continuité du suivi postnatal est reconnue par la littérature comme essentielle, mais souvent sous-investie dans le champ de l'allaitement.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), le généraliste devrait être un acteur clé du soutien à la parentalité, notamment par son rôle de coordination et de proximité (24).

Des travaux indiquent que la plupart des médecins généralistes se sentent insuffisamment formés pour accompagner les difficultés liées à l'allaitement (26–28).

Une étude française menée par Vuylsteker fait contraste, à propos de la prise en charge des complications de l'allaitement maternel. Elle a montré que la participation à la Formation Médicale Continue (FMC) n'entraînait pas de différence significative. Les médecins qui se sentaient concernés par l'allaitement avaient un meilleur score moyen (8,19 vs 5,35;

$p < 0,01$), ainsi que ceux qui avaient déjà rencontré un problème (8,10 vs 5,21; $p < 0,003$) (41).

Les récits recueillis dans notre étude vont en faveur de ce constat : les mères perçoivent souvent le médecin comme peu formé ou peu impliqué, mais elles continuent à attendre de lui une reconnaissance émotionnelle et symbolique.

Ce paradoxe souligne que, même en l'absence de compétence technique spécifique, la posture relationnelle du généraliste pourrait conserver un fort pouvoir thérapeutique.

Ainsi, l'écoute, la validation du vécu et la reconnaissance du rôle parental nous apparaîtraient comme des compétences de base du soin, au même titre que la connaissance des protocoles biomédicaux.

Ces résultats convergent avec les travaux de Beach et Inui, qui ont montré que la relation centrée sur la personne améliore l'adhésion, la satisfaction et la santé émotionnelle des patients (36).

2. La reconnaissance comme besoin thérapeutique fondamental

Le besoin de reconnaissance émerge comme un thème majeur de cette étude.

Les mères ne cherchent pas seulement des conseils pratiques, mais une validation de leur expérience, un regard qui confirme leur légitimité à être mères.

Cette dimension de la relation thérapeutique est bien décrite par Axel Honneth dans sa théorie de la reconnaissance, selon laquelle la construction de soi passe par la reconnaissance intersubjective (42).

Dans le contexte médical, cette reconnaissance deviendrait un acte de soin en soi : elle restaurerait la confiance en soi et favoriserait l'autonomisation.

Les études récentes sur la santé périnatale montrent que la reconnaissance du vécu émotionnel contribue à prévenir la dépression du post-partum (43,44).

De plus, la validation par le professionnel de santé des émotions ambivalentes – fatigue, culpabilité, épuisement – permet de réduire le sentiment d'isolement et d'échec (45).

Nos participantes décrivent ce besoin de reconnaissance : un mot d'encouragement, une écoute sans jugement, un conseil personnalisé suffisent parfois à transformer la relation et à redonner du sens à l'allaitement.

Ces résultats renforcent la conception du soin proposée par Carel et Kidd, pour qui la reconnaissance du patient en tant que sujet de son expérience constitue une dimension essentielle de la pratique clinique (46).

3. Le corps maternel : un espace de tension entre biomédical et vécu

Le corps occupe une place importante dans le discours des mères, à la fois comme objet médicalisé et corps vécu au sens phénoménologique.

Les difficultés physiques (douleurs, engorgements, fatigue) ne sont pas seulement des symptômes à traiter, mais des expériences incarnées de la maternité.

Ce constat rejoint les travaux de Gallagher et Merleau-Ponty sur la phénoménologie du corps propre, qui soulignent que le corps est le lieu premier de la relation au monde (47,48).

La médecine biomédicale tend parfois à réduire le corps allaitant à un ensemble de fonctions physiologiques, ce qui peut conduire à une déconnexion entre discours médical et expérience vécue.

Plusieurs études récentes insistent sur la nécessité d'intégrer une approche corporelle globale dans le suivi postnatal, incluant le ressenti, les représentations et les émotions liées au corps (49,50).

Dans notre étude, les mères expriment la nécessité d'un regard médical qui reconnaisse leur corps comme un sujet d'expérience plutôt que comme un simple support de fonctions

biologiques.

Cette reconnaissance du corps vécu pourrait constituer un levier de réconciliation entre biomédical et existentiel, en redonnant sens à la pratique du médecin généraliste comme soignant de la globalité de la personne.

4. La relation médecin–mère : entre alliance thérapeutique et rupture de confiance

La relation avec le médecin généraliste se présente comme un miroir du rapport à soi dans la maternité.

Les récits mettent en évidence deux polarités : d'une part, des relations vécues comme soutenantes et valorisantes ; d'autre part, des rencontres vécues comme déstabilisantes ou culpabilisantes.

Ces deux expériences sembleraient traduire la fragilité de l'alliance thérapeutique postnatale.

Dans la littérature, plusieurs études confirment que la qualité de la relation de soin influe directement sur la poursuite de l'allaitement.

Par exemple, Dennis CL a montré que des interventions professionnelles de soutien augmente la durée moyenne de l'allaitement de près de deux mois (51).

Inversement, une attitude prescriptive ou moralisatrice conduit souvent à un sevrage anticipé (45).

La posture du médecin généraliste joue donc un rôle déterminant dans le vécu maternel : il peut être un facilitateur ou un obstacle.

Ces résultats corroborent les travaux de Mead et Bower, selon lesquels la relation centrée sur la personne repose sur la reconnaissance de la subjectivité du patient, l'empathie et la co-construction du soin (52).

Nos participantes ont clairement exprimé que le simple fait d'être écoutées sans jugement représentait un soutien émotionnel thérapeutique, indépendamment de la compétence technique.

Ainsi, la relation médecin-mère pourrait apparaître comme un espace de co-crédation du sens du soin, où le médecin ne se limiterait pas à délivrer des conseils mais participerait à la construction d'un sentiment de légitimité parentale.

5. Les tensions normatives : entre discours médicaux, sociaux et personnels

Les participantes décrivent un environnement saturé de normes parfois contradictoires : discours médicaux sur l'allaitement exclusif, injonctions sociales à la reprise du travail, jugements sur la "bonne mère".

Cette polyphonie normative pourrait créer une confusion identitaire et une charge mentale importante.

Ces résultats rejoignent les observations de Wolf et Kukla, qui dénoncent les "normes paradoxales" imposées aux mères dans les sociétés occidentales : encourager l'allaitement tout en valorisant l'autonomie féminine (53,54).

Le médecin généraliste, par sa position intermédiaire entre le soin et le quotidien, pourrait jouer un rôle clé pour déconstruire ces contradictions et aider les mères à construire leur propre cohérence.

Cependant, cela suppose une formation à l'écoute des discours sociaux et à la réflexivité sur les normes professionnelles.

Plusieurs auteurs soulignent la nécessité d'une éducation médicale humaniste, intégrant les dimensions sociales et émotionnelles de la santé (55-57).

Nos résultats invitent donc à repenser la posture du médecin généraliste comme médiateur des tensions normatives, capable de soutenir la liberté maternelle tout en accompagnant la sécurité de l'enfant.

6. De la vulnérabilité à l'autonomisation : le sens de la transformation parentale

L'allaitement se révèle être une expérience de transformation identitaire : les mères passent d'une dépendance initiale à une forme d'autonomie confiante.

Ce processus, observé dans nos entretiens, est bien documenté par la théorie du devenir parent de Mercer, qui décrit la maternité comme un continuum d'ajustements et de renégociation du rôle (58).

Nous pensons que le médecin généraliste pourrait accompagner ce passage en soutenant la capacité réflexive de la mère, c'est-à-dire sa faculté à comprendre et à valoriser sa propre expérience.

L'alliance thérapeutique deviendrait alors un levier d'autonomisation parentale, favorisant l'émergence d'un sentiment de compétence.

Des études récentes montrent que ce type d'accompagnement améliore non seulement la satisfaction maternelle, mais aussi la santé mentale postnatale (59–61).

Nos résultats confirment que la reconnaissance de cette autonomie ne s'oppose pas au rôle du médecin, mais redéfinit le lien dans une co-responsabilité dialogique.

Le soin deviendrait ainsi un espace d'émancipation, où la mère pourrait se construire comme sujet à part entière.

7. Forces de l'étude

Cette recherche présente plusieurs forces méthodologiques.

D'abord, son originalité réside dans l'exploration du vécu maternel de l'allaitement à travers le prisme de la relation avec le médecin généraliste, un angle encore peu étudié dans la littérature médicale francophone. Alors que la majorité des travaux se concentrent sur les déterminants biologiques ou sociologiques de l'allaitement, cette étude s'intéresse à la dimension intersubjective du soin, révélant comment la qualité relationnelle influence la persévérance et le sens donné à l'allaitement.

Sur le plan de la santé publique, ce travail contribue à appréhender davantage les freins et leviers du maintien de l'allaitement. En donnant voix aux mères, il éclaire des besoins en matière d'accompagnement de proximité et renforce la pertinence du rôle du médecin généraliste dans les politiques de soutien à la parentalité.

Sur le plan méthodologique, la durée des entretiens a permis une immersion approfondie dans le vécu des participantes, laissant émerger des récits riches, nuancés et empreints d'authenticité. Le cadre empathique et semi-dirigé des entretiens a favorisé une parole libre et sincère, condition essentielle à la validité phénoménologique des données recueillies. La double lecture en triangulation symétrique a renforcé la fiabilité interprétative en confrontant deux analyses indépendantes issues de sensibilités distinctes mais complémentaires.

Enfin, cette étude se distingue par son ancrage réflexif : nous avons adopté une posture d'écoute ouverte, suspendant autant que possible les présupposés tout au long du processus. Cette rigueur confère à l'analyse une profondeur certaine, où la compréhension du vécu dépasse la simple description pour essayer de tendre vers une interprétation du sens d'être mère accompagnée par un médecin généraliste dans l'allaitement.

8. Limites de l'étude

Notre étude comporte plusieurs limites, à savoir :

- **La composition de l'échantillon** avec la prédominance de participantes diplômées (pharmacienne, éducatrices spécialisées, auxiliaire de puériculture) et engagées peut introduire un biais de sélection vers des profils informés, bien que l'analyse phénoménologique demande un échantillon homogène.
- La **monocentricité contextuelle** : les trajectoires (ressources locales, offres de soins) sont situées dans des zones géographiques bien précises du Nord et du Pas-De-Calais; la transférabilité à d'autres territoires/organisations doit être discutée.
- La **temporalité restreinte** : le recueil s'est centré sur le post-partum proche ; les évolutions à moyen/long terme (sevrage, reprise du travail, nouvelles grossesses) n'ont pas été étudiées.
- L'**effet de rôle et réflexivité** : la posture d'interne en médecine générale peut induire des biais interactionnels (désirabilité sociale, attente de validation). La triangulation symétrique a cependant limité ces effets par confrontation des interprétations et retour au matériau.
- L'**expérience personnelle du chercheur** où l'allaitement maternel du premier enfant s'est avéré être difficile à mettre en place et à maintenir (premier enfant du couple, mauvaise prise pondérale, reflux gastro-oesophagien pathologique, manque de soutien perçu de la part du médecin traitant, isolement géographique familial...), ce qui a pu induire un biais d'interprétation.. Ici aussi, la triangulation symétrique a permis de limiter ce biais.
- L'**absence d'observation clinique** : pas d'observation in situ de consultations médecin généraliste-mère ; l'analyse repose sur le récit des participantes. Des données mixtes (entretiens, observations de pratique, dossiers) auraient renforcé la clinique.

- **L'hétérogénéité des soutiens extra-médicaux** : l'intensité/qualité des ressources (groupes, conseillères, professionnelles en crèches) varie ; leur effet propre sur l'expérience n'a pas été évalué de façon comparative.

9. Perspectives

Enfin, plusieurs perspectives scientifiques se dégagent comme le fait :

- **de réaliser une étude qualitative longitudinale** suivant les mères sur 12 à 18 mois afin d'observer la construction de la relation au long cours.
- **d'effectuer des recherches mixtes** combinant analyses phénoménologiques et mesures quantitatives (durée de l'allaitement, santé mentale maternelle, recours au système de soins).
- **de réaliser une exploration croisée** des expériences des pères, des médecins généralistes et des sages-femmes pour comprendre les logiques relationnelles de chaque acteur.
- **d'effectuer une évaluation d'intervention** : formations ciblées, parcours postnataux intégrés, consultations de soutien à la parentalité en soins primaires.

Conclusion

Cette étude qualitative, conduite selon l'approche phénoménologique interprétative, a exploré les enjeux de la relation entre le médecin généraliste et les parents dans l'accompagnement de l'allaitement maternel.

À travers six entretiens et une triangulation symétrique, elle a permis de dégager une compréhension des attentes des mères allaitantes.

Les résultats mettent en évidence que l'allaitement ne se limite pas à une fonction biologique, mais constitue une expérience globale engageant le corps, le psychisme, la relation et le sens.

Le médecin généraliste, en tant que professionnel de premier recours et participant à la continuité du suivi postnatal, occupe une position privilégiée pour soutenir cette expérience. Cependant, son rôle dépasse la simple transmission de savoirs : il s'agit avant tout d'un accompagnement relationnel, fondé sur la reconnaissance, l'écoute et la co-construction du sens.

Les mères interrogées expriment un besoin de validation de leur vécu, de reconnaissance de leur compétence parentale et d'une posture de soin bienveillante, dénuée de jugement. Lorsque ces attentes sont rencontrées, la relation médecin-mère devient un espace de restauration identitaire, favorisant la confiance et la poursuite de l'allaitement.

À l'inverse, un manque d'écoute ou une approche trop normative peut renforcer le sentiment d'échec ou d'isolement.

Ces résultats invitent à repenser la pratique du médecin généraliste sous l'angle de la relation centrée sur la personne, où la reconnaissance et la validation émotionnelle constituent des compétences cliniques à part entière.

Ils rejoignent les modèles contemporains de la médecine narrative et de la médecine humaniste, qui replacent la subjectivité du patient au cœur du soin.

Sur le plan de la formation médicale, cette recherche souligne l'intérêt d'intégrer la dimension relationnelle de l'allaitement dans les programmes d'enseignement.

La formation initiale et continue pourrait inclure des modules consacrés à l'écoute phénoménologique, à la communication empathique et à la compréhension des vécus parentaux.

La reconnaissance de l'allaitement comme expérience vécue, et non comme simple acte technique, pourrait transformer la posture du médecin généraliste, en le replaçant dans son rôle d'accompagnant global du lien mère–enfant.

Enfin, au plan institutionnel et sociétal, cette étude rappelle que le soutien à l'allaitement maternel ne peut se limiter à des campagnes de promotion ou à des recommandations biomédicales.

Il suppose une écologie du soin où les différents acteurs – médecins, sages-femmes, psychologues, structures de santé publique – coopèrent pour soutenir la parentalité dans sa globalité.

Le médecin généraliste, par sa position transversale, peut devenir le pivot d'un réseau postnatal de confiance, capable d'articuler savoirs médicaux, accompagnement émotionnel et reconnaissance des singularités maternelles.

Ainsi, cette recherche ne propose pas un modèle prescriptif, mais une lecture de la relation du soin : comprendre l'allaitement comme un lieu d'expérience partagée où se construisent, simultanément, la santé, le lien et le sens.

Elle rappelle que la médecine générale, dans sa vocation la plus humaine, est une pratique de la présence et de la reconnaissance — un espace où la parole, l'écoute et le regard deviennent des gestes thérapeutiques à part entière.

Références bibliographiques

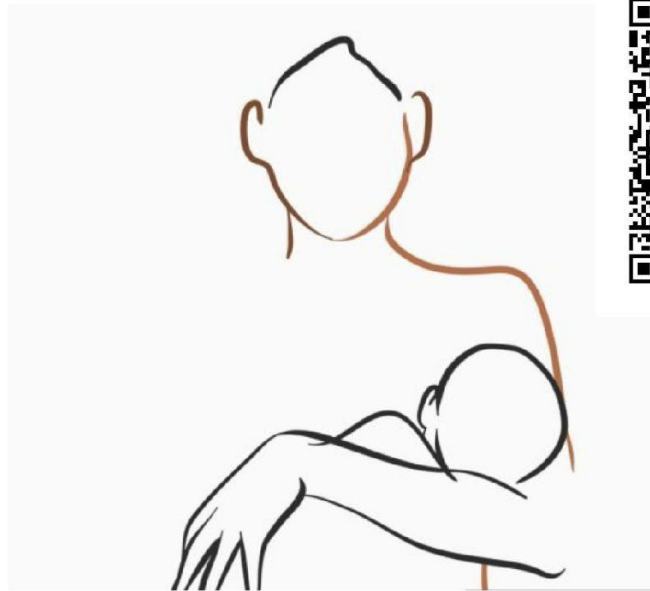
1. Organization WH. Infant and young child feeding: fact sheet [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
2. UNICEF. Infant and young child feeding [Internet]. 2025. Disponible sur: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>
3. Duijts L, Jaddoe VWV, Hofman A, Moll HA. Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics*. 2010;126(1):e18-25.
4. Bowatte G, Tham R, Allen KJ, Tan DJ, Lau M, Dai X, et al. Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104(S467):85-95.
5. Victora C, Bahl R, Barros A, others. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90.
6. Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. Geneva: World Health Organization; 2013.
7. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*. 2002;360(9328):187-95.
8. Luan NN, Wu QJ, Gong TT, Vogtmann E, Wang YL, Lin B. Breastfeeding and ovarian cancer risk: a meta-analysis of epidemiologic studies. *Am J Clin Nutr*. 2013;98(4):1020-31.
9. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord*. 2015;171:142-54.
10. Hahn-Holbrook J, Haselton MG, Dunkel Schetter C, Glynn LM. Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology? A prospective study from pregnancy to 2 years after birth. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16(5):411-22.
11. Alimi R, Innamorati M, Marini M, Pompili M. The association of breastfeeding with a reduced risk of postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Breastfeed Med*. 2022;17(2):97-107.
12. Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Castetbon K. Durée de l'allaitement maternel en France (Épifane 2012-2013). *Bull Épidémiologique Hebd*. 2014;(27):450-7.
13. Santé publique France. Alimentation des tout-petits : résultats de la 2e édition de l'enquête Epifane [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2024/alimentation-des-tout-petits-queles-evolutions-depuis-10-ans-resultats-de-la-2e-edition-de-l-enquete-epifane>
14. Hörnell A, others. Infant feeding—a scoping review for Nordic Nutrition Recommendations 2023. *Food Nutr Res*. 2024;68:10456.
15. Rollins N, Bhandari N, Hajeebhoy N, others. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387(10017):491-504.

16. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;32(6):734-44.
17. Burns E, Schmied V, Sheehan A, Fenwick J. A meta-ethnographic synthesis of women's experience of breastfeeding. *Matern Child Nutr*. 2010;6(3):201-19.
18. Leeming D, Marshall J, Locke A. Understanding the landscape of infant feeding: discursive constructions of infant feeding and their implications for midwifery practice. *Qual Res Psychol*. 2017;14(2):213-40.
19. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(2):CD001141.
20. Finlayson K, Crossland N, Bonet M, Downe S. What matters to women in the postnatal period: a meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS One*. 2020;15(4):e0231415.
21. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: WHO; 2022.
22. Fox R, McMullen S, Newburn M. UK women's experiences of breastfeeding and additional breastfeeding support: a qualitative study of Baby Café services. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:147.
23. Nelson AM. A metasynthesis: mothering other-than-normal children. *J Pediatr Nurs*. 2006;21(3):211-22.
24. Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement: recommandations. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
25. Assurance Maladie. Après l'accouchement : le retour à la maison – consultation post-natale [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/devenir-parent/accouchement-et-nouveau-ne/suivi-domicile>
26. Biggs KV, Hurrell E, Matthews E, Shorey S. Are the doctors of the future ready to support breastfeeding? A cross-sectional study of UK medical school curricula. *Int Breastfeed J*. 2020;15:38.
27. Finneran B, Murphy K. Breast is best for GPs—or is it? Breastfeeding attitudes and practice of general practitioners in the Mid-West of Ireland. *Ir Med J*. 2004;97(9):268-70.
28. McGuinness D, Barry M, O'Reilly MK, Gleeson J, Scully R, al et. Breastfeeding related knowledge, attitudes, perceptions and practices of primary care professionals: a national cross-sectional study. *PLoS One*. 2025;20(9):e0320763.
29. McGuinness D, Barry M, O'Reilly MK, Gleeson J, Scully R, al et. A co-designed evaluation to identify breastfeeding education needs among primary care in Ireland. *Health Promot Int*. 2024;39(2):daae021.
30. Quellard-Wallyn M. Place du médecin généraliste dans l'accompagnement de l'allaitement maternel : enquête auprès de 84 médecins généralistes de Moselle et de 122 femmes [Thèse d'exercice]. Université de Lille; 2015.

31. Schmied V, Lupton D. Blurring the boundaries: breastfeeding and maternal subjectivity. *Sociol Health Illn.* 2001;23(2):234-50.
32. Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #36: the mastitis spectrum. *Breastfeed Med.* 2022;17(5):360-76.
33. Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #26: persistent pain with breastfeeding. *Breastfeed Med.* 2016;11(2):46-53.
34. Bengough T, Davidson R, Ryan K, Teal G, Bowen R. Factors that influence women's engagement with breastfeeding support: a qualitative evidence synthesis. *Matern Child Nutr.* 2022;18(4):e13405.
35. Leeming D, Williamson I, Johnson S, Lyttle S. Making use of expertise: a qualitative analysis of the experience of breastfeeding support for first-time mothers. *J Health Psychol.* 2015;20(4):439-50.
36. Beach MC, Inui TS. Relationship-centered care: a constructive reframing. *J Gen Intern Med.* 2006;21(Suppl 1):S3-8.
37. Augusto A. Breastfeeding experiences and women's self-concept. *Front Sociol.* 2023;8:1130808.
38. American College of Obstetricians and Gynecologists. Optimizing postpartum care. *Obstet Gynecol.* 2018;131(5):e140-50.
39. Asadi M, Ildarabadi E, Karbasi Z. Identifying women's needs to adjust to postpartum changes: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22:197.
40. Smith JA, Flowers P, Larkin M. Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research. 2nd éd. SAGE; 2021.
41. Vuylstekker L, Ollivon-Herman J. Prise en charge des complications maternelles de l'allaitement par les médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais en 2009. *exercer.* 2011;22(99):178-9.
42. Honneth A. *The Struggle for Recognition: The Moral Grammar of Social Conflicts.* Polity Press; 1995.
43. Slomian J, Honvo G, Emonts P, others. Identifying maternal needs following childbirth: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17:213.
44. Dennis C, Hodnett E, Kenton L, others. Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high-risk women: RCT. *BMJ.* 2009;338:a3064.
45. Jackson L, De Pascalis L, Harrold J, Fallon V. Guilt, shame and postpartum infant feeding outcomes: a systematic review. Open Access Version. 2021;
46. Carel H, Kidd IJ. Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. *Med Health Care Philos.* 2014;17(4):529-540.
47. Merleau-Ponty M. *Phénoménologie de la perception.* Gallimard; 1945.
48. Gallagher S. *How the Body Shapes the Mind.* Oxford University Press; 2005.
49. National Institute for Health. Postnatal care (NG194). NICE, London; 2021.

50. McCauley H, others. Essential components of postnatal care – a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22:435.
51. Dennis C. Breastfeeding initiation and duration: a 1990–2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2002;31(1):12-32.
52. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51(7):1087-1110.
53. Wolf JB. *Is Breast Best? Taking on the Breastfeeding Experts and the New High Stakes of Motherhood*. NYU Press; 2011.
54. Kukla R. *Mass Hysteria: Medicine, Culture, and Mothers' Bodies*. Rowman & Littlefield; 2005.
55. Langberg EM, Dyhr L, Davidsen AS. Development of the concept of patient-centredness—a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2019;102(7):1228-1236.
56. Haut Conseil de la santé publique. *Rapport relatif à l'allaitement maternel*. HCSP, France; 2024.
57. Haute Autorité de Santé. *Préparation à la naissance et à la parentalité : recommandations*. HAS, Saint-Denis, France; 2005.
58. Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. *J Nurs Sch*. 2004;36(3):226-232.
59. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, others. Evaluation of a technology-based peer-support intervention for preventing postpartum depression: RCT protocol + résultats ultérieurs. *J Med Internet Res*. 2019;21(8):e12410.
60. Dennis CL. Postpartum depression peer support: maternal perceptions from an RCT. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(5):560-568.
61. Sandall J, Soltani H, Gates S, others. Midwife-led continuity models vs other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;(1):CD004667.

ANNEXE 1 (affiche de recrutement)



Participation pour une thèse à propos de l'allaitement maternel

GADOULEAU Anthony

Interne de médecine générale

anthony.gadouleau.etu@univ-lille.fr

Bonjour, je réalise un travail de thèse dans le cadre de mon internat de médecine générale ayant pour thématique de recherche **les enjeux de la relation "médecin généraliste - parent(s)" dans l'accompagnement de l'allaitement maternel**. Afin de mener à bien mon projet, je cherche des participants qui accepteraient d'échanger à ce sujet.

Vous pouvez me contacter à l'adresse mail indiquée afin de convenir d'une date et d'un lieu de rendez-vous si :

- Vous avez au moins 18 ans.
- Vous avez allaité votre enfant au moins jusqu'à la sortie de la maternité.
- Votre enfant a actuellement entre 1 et 2 ans.
- Il est né à 38 semaines d'aménorrhées (SA) ou plus.
- Votre enfant est uniquement suivi sur le plan médical par votre médecin traitant.
- Vous résidez dans le Nord ou le Pas-De-Calais.

Je vous remercie par avance de votre participation !

ANNEXE 2 (lettre d'information de thèse)

Investigateur principal : Gadouveau Anthony

Adresse mail : anthony.gadouveau.etu@univ-lille.fr

Bonjour, je m'appelle Gadouveau Anthony, interne de médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi-directif sur l'allaitement maternel. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier les enjeux dans la relation médecin/parents dans l'accompagnement de celui-ci. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez avoir allaité à la sortie de la maternité au minimum, votre enfant doit avoir plus de 1 an et moins de 2 ans lors de l'entretien, vous devez avoir plus de 18 ans et votre enfant doit uniquement être suivi par votre médecin traitant. Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment. Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacements et d'opposition sur les données vous concernant. Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse. Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2024-074. Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr . Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL. Merci beaucoup pour votre participation !

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : anthony.gadouveau.etu@univ-lille.fr

ANNEXE 3 (guide d'entretien)

Objectif : étudier les éléments ayant eu un impact sur la relation médecin-parents lors de l'accompagnement de l'allaitement maternel via les attentes du(des) parent(s).

Durée approximative de l'entretien : 60 minutes

Principes des questions par thème, en entonnoir :

- Parlez-moi de ce qui vous a attiré à venir échanger au sujet de l'allaitement maternel aujourd'hui ?
- Que vous évoque la relation avec votre médecin généraliste ?
- Quels sont(ont été) vos motivations dans votre projet d'allaitement maternel ?
- Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit lorsque je vous parle de médecin généraliste et d'allaitement maternel ?
- Comment qualifieriez-vous votre relation avec votre médecin généraliste lors de l'allaitement maternel ?

ANNEXE 4 (QR code des entretiens)

Chaque QR code ci-dessous permet d'accéder directement à l'entretien correspondant sur Google Drive.

Entretien 1



https://drive.google.com/open?id=1yvJ4tD3gsmg2kR5IFCb3wjFx1j5fb_E0&usp=drive_fs

Entretien 2



https://drive.google.com/open?id=17gBg-kMPb-rtOAm0c5zmqwLv_jLiD-JY&usp=drive_fs

Entretien 3



https://drive.google.com/open?id=1mW0gOWAHHb5Prt01Y6qgbPyVh-sUQMNP&usp=drive_fs

Entretien 4



https://drive.google.com/open?id=1aX0Ifn8JHZpsWIPX0LE_iaYB8oOKGRLv&usp=drive_fs

Entretien 5



https://drive.google.com/open?id=1jLQZ6PkN5nw0ztufCiCHSlyH-QovHSRy&usp=drive_fs

Entretien 6



https://drive.google.com/open?id=1p1GtiQpmQ-2i_MQlxMiAXh2bdniPHOs6&usp=drive_fs

ANNEXE 5 (construction des thèmes émergents)

	Entretien n°1 Gr=86	Entretien n°2 Gr=102	Entretien n°3 Gr=262	Entretien n°4 Gr=175	Entretien n°6 Gr=210	Entretien n°5 Gr=319	Totaux
○ Attentes Parents: Absence de jugement Gr=6	1	0	0	3	1	1	6
○ Attentes Parents: Accessibilité Gr=6	1	1	0	0	2	2	6
○ Attentes Parents: Accompagnement Gr=37	3	2	9	6	7	10	37
○ Attentes Parents: Allaitement Gr=4	1	0	1	0	1	1	4
○ Attentes Parents: Anticorps Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Attentes Parents: Attente Gr=7	1	0	1	1	2	2	7
○ Attentes Parents: Attentes Gr=80	9	10	18	15	10	18	80
○ Attentes Parents: Attentes Floues Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Attentes Parents: Autonomie Gr=4	1	0	0	0	1	2	4
○ Attentes Parents: Besoins Gr=3	1	0	1	0	0	1	3
○ Attentes Parents: Clarté Gr=15	2	1	6	1	0	5	15
○ Attentes Parents: Comparaisons Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Attentes Parents: Compétence Gr=9	4	1	1	0	1	2	9
○ Attentes Parents: Connaissance Gr=3	1	0	1	1	0	0	3
○ Attentes Parents: Conseils pratiques Gr=4	1	1	0	1	1	0	4
○ Attentes Parents: Consultante Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Attentes Parents: Détection Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Attentes Parents: Doutes Gr=2	1	0	0	0	1	0	2
○ Attentes Parents: Écoute Gr=30	2	3	4	4	3	14	30
○ Attentes Parents: Encouragement Gr=7	1	2	1	0	2	1	7
○ Attentes Parents: Engagement Gr=9	3	1	2	0	1	2	9
○ Attentes Parents: Expertise Gr=6	1	0	1	2	1	1	6
○ Attentes Parents: Explications Gr=6	2	0	3	0	0	1	6
○ Attentes Parents: Fiabilité Gr=2	1	1	0	0	0	0	2
○ Attentes Parents: Fréquence des tétées Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Attentes Parents: Gestion Gr=7	1	1	2	1	0	2	7
○ Attentes Parents: Guidance Gr=11	2	1	2	1	0	5	11
○ Attentes Parents: Identification Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Attentes Parents: Implication Gr=6	2	0	0	1	2	1	6
○ Attentes Parents: Inconfort Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Attentes Parents: Influence Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Attentes Parents: Information Gr=33	3	5	7	3	10	5	33
○ Attentes Parents: Informations Gr=27	3	5	6	5	3	5	27
○ Attentes Parents: Initiative Gr=4	1	0	1	0	0	2	4
○ Attentes Parents: Intérêt Gr=14	2	0	4	1	4	3	14
○ Attentes Parents: Lien mère-enfant Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Attentes Parents: Malentendus Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Attentes Parents: Médecin Gr=4	1	0	0	1	1	1	4

◦ Attentes Parents: Mythes Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Attentes Parents: Non-intrusivité Gr=2	1	0	0	0	0	1	2
◦ Attentes Parents: Partage Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Attentes Parents: Pertinence Gr=4	1	0	1	1	0	1	4
◦ Attentes Parents: Préoccupation Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Attentes Parents: Prise en compte Gr=3	1	0	1	0	0	1	3
◦ Attentes Parents: Proactivité Gr=5	1	0	1	2	0	1	5
◦ Attentes Parents: Proximité Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Attentes Parents: Questions Gr=6	1	0	1	2	0	2	6
◦ Attentes Parents: Reconnaissance Gr=14	2	0	3	2	0	7	14
◦ Attentes Parents: Résolution Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Attentes Parents: Rôle Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Attentes Parents: Satiété Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Attentes Parents: Sécurité Gr=2	1	0	0	0	1	0	2
◦ Attentes Parents: Stress Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Attentes Parents: Suivi Gr=21	2	1	4	4	1	9	21
◦ Enjeux Relationnels: Absence Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Enjeux Relationnels: Accès aux soins Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Enjeux Relationnels: Accessibilité Gr=3	1	0	2	0	0	0	3
◦ Enjeux Relationnels: Accompagnement Gr=48	2	4	9	15	8	10	48
◦ Enjeux Relationnels: Accueillir positivement Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Enjeux Relationnels: Allaitement Gr=5	1	0	0	1	0	3	5
◦ Enjeux Relationnels: Attentes Parentales Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Enjeux Relationnels: Autonomie Gr=3	1	0	0	1	0	1	3
◦ Enjeux Relationnels: Besoins Gr=3	1	0	0	1	1	0	3
◦ Enjeux Relationnels: Bien-être Gr=6	1	1	1	0	2	1	6
◦ Enjeux Relationnels: Choix Gr=6	1	2	1	0	0	2	6
◦ Enjeux Relationnels: Collaboration Gr=15	1	1	1	2	0	10	15
◦ Enjeux Relationnels: Comparaison Gr=2	1	0	1	0	0	0	2
◦ Enjeux Relationnels: Compétence Gr=5	4	0	1	0	0	0	5
◦ Enjeux Relationnels: Comportement Inhabituel Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Enjeux Relationnels: Connaissance Gr=3	1	0	2	0	0	0	3
◦ Enjeux Relationnels: Conseils Gr=16	1	2	5	0	3	5	16
◦ Enjeux Relationnels: Continuité des soins Gr=5	1	0	1	1	0	2	5
◦ Enjeux Relationnels: Correction des idées fausses Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Enjeux Relationnels: Démystification Gr=1	1	0	0	0	0	0	1

○ Enjeux Relationnels: Détente Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Enjeux Relationnels: Développement Enfant Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Enjeux Relationnels: Disponibilité Gr=11	1	1	3	1	1	4	11
○ Enjeux Relationnels: Dynamique Gr=11	1	2	2	2	2	2	11
○ Enjeux Relationnels: Dynamique Familiale Gr=4	1	0	0	1	1	1	4
○ Enjeux Relationnels: Dynamique Relationnelle Gr=26	2	0	7	3	4	10	26
○ Enjeux Relationnels: Écoute Gr=22	2	4	0	3	1	12	22
○ Enjeux Relationnels: Environnement Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Enjeux Relationnels: Essai Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Enjeux Relationnels: Évaluation Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Enjeux Relationnels: Évolution Gr=3	1	0	0	1	0	1	3
○ Enjeux Relationnels: Expériences passées Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Enjeux Relationnels: Formation Gr=5	1	2	1	1	0	0	5
○ Enjeux Relationnels: Gestion des attentes Gr=6	1	0	2	1	2	0	6
○ Enjeux Relationnels: Gestion des imprévus Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Enjeux Relationnels: Idées reçues Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Enjeux Relationnels: Implication Gr=3	1	0	1	0	1	0	3
○ Enjeux Relationnels: Incompréhension Gr=3	1	1	0	0	0	1	3
○ Enjeux Relationnels: Interaction Gr=19	1	2	3	6	2	5	19
○ Enjeux Relationnels: Interactions Complexes Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Enjeux Relationnels: Intérêt personnel Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Enjeux Relationnels: Intrusivité Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Enjeux Relationnels: Isolement Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Enjeux Relationnels: Jugement Gr=10	2	0	0	4	3	1	10
○ Enjeux Relationnels: Lactation Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Enjeux Relationnels: Mythes Gr=3	3	0	0	0	0	0	3
○ Enjeux Relationnels: Ouverture Gr=2	1	0	0	0	1	0	2
○ Enjeux Relationnels: Pédiatrie Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Enjeux Relationnels: Perception Gr=18	2	0	6	3	3	4	18
○ Enjeux Relationnels: Perception de la douleur Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Enjeux Relationnels: Perception des compétences Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Enjeux Relationnels: Perception Subjective Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Enjeux Relationnels: Pratiques Alimentaires Gr=1	1	0	0	0	0	0	1

◦ Enjeux Relationnels: Préconisations Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Enjeux Relationnels: Préoccupation Gr=6	1	1	1	2	1	0	6
◦ Enjeux Relationnels: Préoccupations Gr=12	1	1	0	5	1	4	12
◦ Enjeux Relationnels: Rassurance Gr=14	1	1	1	3	5	3	14
◦ Enjeux Relationnels: Reconnaissance Gr=8	2	1	1	1	1	2	8
◦ Enjeux Relationnels: Relation Gr=79	5	10	19	16	9	20	79
◦ Enjeux Relationnels: Relation médecin-parents Gr=5	1	1	1	0	2	0	5
◦ Enjeux Relationnels: Ressources Gr=5	1	1	2	0	0	1	5
◦ Enjeux Relationnels: Rôle du médecin Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Enjeux Relationnels: Santé Gr=5	1	0	0	1	0	3	5
◦ Enjeux Relationnels: Sentiment de solitude Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Enjeux Relationnels: Société Gr=2	1	0	0	0	1	0	2
◦ Enjeux Relationnels: Solitude Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Enjeux Relationnels: Sources d'information Gr=3	1	2	0	0	0	0	3
◦ Enjeux Relationnels: Soutien émotionnel Gr=8	3	1	1	0	1	2	8
◦ Enjeux Relationnels: Stress Gr=3	1	0	1	0	0	1	3
◦ Enjeux Relationnels: Suivi Gr=22	1	1	2	5	4	9	22
◦ Enjeux Relationnels: Timing Gr=2	1	1	0	0	0	0	2
◦ Enjeux Relationnels: Validation Gr=5	1	0	1	0	1	2	5
◦ Enjeux Relationnels: Vécu Familial Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Expériences Parents: Accompagnement Gr=12	1	0	0	7	1	3	12
◦ Expériences Parents: Anxiété Gr=6	1	1	0	0	1	3	6
◦ Expériences Parents: Attentes Gr=61	6	9	17	7	8	14	61
◦ Expériences Parents: Autonomie Gr=5	1	1	0	2	0	1	5
◦ Expériences Parents: Bienveillance Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Expériences Parents: Choix Gr=4	1	1	2	0	0	0	4
◦ Expériences Parents: Compréhension Gr=7	1	0	0	2	0	4	7
◦ Expériences Parents: Confort Gr=8	1	0	0	2	1	4	8
◦ Expériences Parents: Connaissances Gr=3	1	0	0	0	0	2	3
◦ Expériences Parents: Conseils Gr=17	1	1	3	3	1	8	17
◦ Expériences Parents: Consultation Gr=10	1	0	2	2	1	4	10
◦ Expériences Parents: Craintes Gr=2	1	0	1	0	0	0	2
◦ Expériences Parents: Demande Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Expériences Parents: Dynamique relationnelle Gr=7	1	0	1	0	2	3	7
◦ Expériences Parents: Écoute Gr=7	1	1	0	0	0	5	7

○ Expériences Parents: Efforts Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Expériences Parents: Engagement Gr=24	2	1	8	4	4	5	24
○ Expériences Parents: Essais Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Expériences Parents: Expectations Gr=2	1	0	1	0	0	0	2
○ Expériences Parents: Expérience Gr=24	2	1	9	4	3	5	24
○ Expériences Parents: Expérience Positive Gr=28	1	0	6	4	9	8	28
○ Expériences Parents: Expériences Gr=55	3	9	12	7	8	16	55
○ Expériences Parents: Fatigue Gr=11	1	0	4	2	2	2	11
○ Expériences Parents: Frustration Gr=16	1	2	5	3	2	3	16
○ Expériences Parents: Gestion Gr=5	1	1	1	2	0	0	5
○ Expériences Parents: Gestion des Pleurs Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Expériences Parents: Influence Gr=253	19	20	77	29	44	64	253
○ Expériences Parents: Influence des Expériences Gr=21	2	2	7	3	2	5	21
○ Expériences Parents: Influence Positive Gr=18	1	2	1	4	5	5	18
○ Expériences Parents: Information Gr=3	1	1	0	0	1	0	3
○ Expériences Parents: Inquiétudes Gr=4	1	0	1	1	1	0	4
○ Expériences Parents: Interaction Gr=48	1	4	8	7	12	16	48
○ Expériences Parents: Interactions Gr=9	1	0	4	0	3	1	9
○ Expériences Parents: Isolement Gr=4	1	1	0	1	0	1	4
○ Expériences Parents: Perceptions Gr=2	1	0	1	0	0	0	2
○ Expériences Parents: Peur Gr=7	2	0	0	2	2	1	7
○ Expériences Parents: Préparation Gr=4	1	0	0	0	2	1	4
○ Expériences Parents: Proximité Gr=3	1	0	0	0	1	1	3
○ Expériences Parents: Relation Gr=108	7	10	31	14	16	30	108
○ Expériences Parents: Relations Familiales Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Expériences Parents: Réticence Gr=2	1	0	0	0	0	1	2
○ Expériences Parents: Satisfaction Gr=8	1	0	2	2	1	2	8
○ Expériences Parents: Soutien Gr=133	11	16	27	16	20	43	133
○ Expériences Parents: Stress Gr=12	4	1	3	1	1	2	12
○ Expériences Parents: Urgence Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Expériences Parents: Validation Gr=7	2	1	0	0	2	2	7
○ Expériences Parents: Vulnérabilité Gr=2	1	0	0	0	1	0	2
○ Facteurs favorisants: Attitude Gr=1	1	0	0	0	0	0	1

○ Facteurs favorisants: Communication Gr=11	1	1	1	1	3	4	11
○ Facteurs favorisants: Conseils Gr=12	3	0	4	0	1	4	12
○ Facteurs favorisants: Démystification Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Facteurs favorisants: Encouragement Gr=9	1	1	2	0	2	3	9
○ Facteurs favorisants: Engagement Gr=3	2	0	0	0	1	0	3
○ Facteurs favorisants: Facteurs Gr=8	2	0	0	2	2	2	8
○ Facteurs favorisants: Informations Gr=6	1	1	1	1	1	1	6
○ Facteurs favorisants: Rassurance Gr=7	1	1	1	1	1	2	7
○ Facteurs favorisants: Ressources Gr=8	2	2	3	1	0	0	8
○ Facteurs favorisants: Soutien Gr=81	5	10	14	10	16	26	81
○ Facteurs favorisants: Soutien Médical Gr=4	1	1	0	0	0	2	4
○ Facteurs favorisants: Validation Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Facteurs favorisants: Volonté Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Freins allaitement: Accompagnement Gr=2	1	0	0	0	0	1	2
○ Freins allaitement: Allaitement Gr=11	1	1	3	0	4	2	11
○ Freins allaitement: Complexité du travail Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Freins allaitement: Confusion Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Freins allaitement: Congé parental insuffisant Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Freins allaitement: Contact Gr=2	1	0	0	0	1	0	2
○ Freins allaitement: Désinformation Gr=2	1	0	0	0	0	1	2
○ Freins allaitement: Difficultés Gr=18	1	1	6	1	3	6	18
○ Freins allaitement: Difficultés financières Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Freins allaitement: Difficultés Pratiques Gr=6	1	0	3	0	0	2	6
○ Freins allaitement: Doutes Gr=8	1	1	2	1	0	3	8
○ Freins allaitement: Exigences parentales Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Freins allaitement: Fatigue Gr=6	1	0	2	0	2	1	6
○ Freins allaitement: Freins Indirects Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Freins allaitement: Freins Localisés Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Freins allaitement: Freins Potentiels Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Freins allaitement: Incertitude Gr=4	1	0	1	1	0	1	4
○ Freins allaitement: Incompréhension Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Freins allaitement: Inquiétude Gr=3	1	0	0	0	1	1	3
○ Freins allaitement: Isolement Gr=2	1	0	0	1	0	0	2
○ Freins allaitement: Manque de Soutien Gr=15	2	1	6	0	5	1	15

◦ Freins allaitement: Mastites Gr=2	2	0	0	0	0	0	2
◦ Freins allaitement: Opinions Négatives Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Freins allaitement: Peur Gr=8	1	0	1	3	1	2	8
◦ Freins allaitement: Politisation Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Freins allaitement: Préoccupations Gr=20	2	3	3	4	3	5	20
◦ Freins allaitement: Problèmes Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Freins allaitement: Sommeil Gr=2	1	1	0	0	0	0	2
◦ Freins allaitement: Soutien Gr=13	2	2	3	2	2	2	13
◦ Obstacles Relationnels: Anxiété Gr=4	1	0	1	1	0	1	4
◦ Obstacles Relationnels: Attitude Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Obstacles Relationnels: Barrière Gr=5	2	0	1	1	1	0	5
◦ Obstacles Relationnels: Communication Gr=174	20	15	37	23	26	53	174
◦ Obstacles Relationnels: Communication Inappropriée Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Obstacles Relationnels: Compréhension Gr=11	1	1	2	3	1	3	11
◦ Obstacles Relationnels: Confiance Gr=27	1	1	6	5	5	9	27
◦ Obstacles Relationnels: Conseils Contradictoires Gr=4	1	1	0	1	1	0	4
◦ Obstacles Relationnels: Conseils Inappropriés Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Obstacles Relationnels: Critiques Gr=2	1	0	0	0	1	0	2
◦ Obstacles Relationnels: Croyances Erronées Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Obstacles Relationnels: Désinformation Gr=2	1	1	0	0	0	0	2
◦ Obstacles Relationnels: Difficulté d'accès Gr=2	1	0	0	0	0	1	2
◦ Obstacles Relationnels: Distance Gr=8	2	1	4	0	0	1	8
◦ Obstacles Relationnels: Douleur Gr=2	1	0	1	0	0	0	2
◦ Obstacles Relationnels: Doutes Parentaux Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Obstacles Relationnels: Efficacité des traitements Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Obstacles Relationnels: Éloignement Gr=2	1	0	0	0	1	0	2
◦ Obstacles Relationnels: Formation Insuffisante Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Obstacles Relationnels: Fréquence Gr=4	1	0	0	1	0	2	4
◦ Obstacles Relationnels: Frustration Gr=8	2	2	0	1	2	1	8
◦ Obstacles Relationnels: Gestion des attentes Gr=6	1	0	2	1	2	0	6
◦ Obstacles Relationnels: Gestion des imprévus Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Obstacles Relationnels: Incompréhension Gr=6	2	0	0	1	1	2	6
◦ Obstacles Relationnels: Informations Erronées Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Obstacles Relationnels: Interaction Gr=5	1	1	2	1	0	0	5

○ Obstacles Relationnels: Intrusivité Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Obstacles Relationnels: Investigation Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Obstacles Relationnels: Jugement Gr=12	1	0	1	4	3	3	12
○ Obstacles Relationnels: Jugements Externes Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Obstacles Relationnels: Malaise Gr=3	1	0	0	0	1	1	3
○ Obstacles Relationnels: Manque Gr=4	1	1	0	0	0	2	4
○ Obstacles Relationnels: Manque d'Intérêt Gr=3	1	1	0	0	1	0	3
○ Obstacles Relationnels: Manque de Compréhension Gr=3	1	0	1	0	1	0	3
○ Obstacles Relationnels: Manque de Connaissances Gr=3	1	0	0	0	1	1	3
○ Obstacles Relationnels: Mésinformation Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Obstacles Relationnels: Mythes Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Obstacles Relationnels: Obstacles Gr=76	10	8	19	13	10	16	76
○ Obstacles Relationnels: Ouverture Gr=2	2	0	0	0	0	0	2
○ Obstacles Relationnels: Perception Gr=9	1	0	0	1	1	6	9
○ Obstacles Relationnels: Perception erronée Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Obstacles Relationnels: Peur Gr=8	2	0	0	3	1	2	8
○ Obstacles Relationnels: Politisation Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Obstacles Relationnels: Professionnels Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Obstacles Relationnels: Questions Non Abordées Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Obstacles Relationnels: Réaction Enfant Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Obstacles Relationnels: Régurgitations Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Obstacles Relationnels: Relation Gr=33	5	3	8	3	7	7	33
○ Obstacles Relationnels: Relation médecin-parent Gr=2	1	0	1	0	0	0	2
○ Obstacles Relationnels: Résistance Gr=5	1	0	1	2	0	1	5
○ Obstacles Relationnels: Ressources Gr=5	1	2	1	1	0	0	5
○ Obstacles Relationnels: Ressources Locales Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Obstacles Relationnels: Sensibilité Gr=2	1	1	0	0	0	0	2
○ Obstacles Relationnels: Sentiment d'Abandon Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Obstacles Relationnels: Sentiment de solitude Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Obstacles Relationnels: Solitude Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Obstacles Relationnels: Soutien Gr=14	4	2	2	2	2	2	14
○ Obstacles Relationnels: Stress Gr=9	2	0	2	3	0	2	9
○ Obstacles Relationnels: Surprise Gr=2	1	0	0	0	0	1	2

○ Obstacles Relationnels: Temps d'attente Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Rôle Médecins: Acteur clé Gr=5	3	0	0	0	1	1	5
○ Rôle Médecins: Aide Gr=2	1	0	0	0	0	1	2
○ Rôle Médecins: Ambivalence Gr=4	1	0	0	0	0	3	4
○ Rôle Médecins: Approche Gr=2	1	0	0	0	0	1	2
○ Rôle Médecins: Approche Standardisée Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Rôle Médecins: Attente Gr=10	1	0	1	1	1	6	10
○ Rôle Médecins: Autonomie Gr=3	2	0	1	0	0	0	3
○ Rôle Médecins: Autonomie des parents Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Rôle Médecins: Autorité Gr=3	1	0	1	0	1	0	3
○ Rôle Médecins: Compétence Gr=9	3	1	3	0	0	2	9
○ Rôle Médecins: Compréhension Gr=5	1	0	2	0	1	1	5
○ Rôle Médecins: Conseil Gr=22	2	0	4	2	5	9	22
○ Rôle Médecins: Conseiller Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Rôle Médecins: Conseils Gr=28	5	1	7	3	8	4	28
○ Rôle Médecins: Démystification Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Rôle Médecins: Écoute Gr=20	2	2	1	3	2	10	20
○ Rôle Médecins: Éducation Gr=5	1	1	1	2	0	0	5
○ Rôle Médecins: Engagement Gr=20	3	0	8	1	2	6	20
○ Rôle Médecins: Évaluation Gr=8	1	0	1	3	0	3	8
○ Rôle Médecins: Expertise Gr=3	2	0	0	1	0	0	3
○ Rôle Médecins: Explication Gr=3	1	0	0	0	0	2	3
○ Rôle Médecins: Flexibilité Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Rôle Médecins: Formation Gr=17	3	4	3	4	2	1	17
○ Rôle Médecins: Formation Insuffisante Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Rôle Médecins: Importance Gr=6	1	1	2	1	1	0	6
○ Rôle Médecins: Inadéquation Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Rôle Médecins: Inconfort Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Rôle Médecins: Influence Gr=5	3	0	1	0	0	1	5
○ Rôle Médecins: Information Gr=29	4	7	6	1	5	6	29
○ Rôle Médecins: Insuffisance Gr=4	1	1	1	0	1	0	4
○ Rôle Médecins: Interaction Gr=2	1	0	0	0	0	1	2
○ Rôle Médecins: Intervention Gr=4	1	0	0	0	2	1	4
○ Rôle Médecins: Limitation Gr=9	1	2	1	0	1	4	9
○ Rôle Médecins: Manque de Communication Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Rôle Médecins: Neutralité Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Rôle Médecins: Non intrusif Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
○ Rôle Médecins: Observateur Gr=2	1	0	0	0	0	1	2
○ Rôle Médecins: Orientation Gr=15	1	2	2	1	3	6	15
○ Rôle Médecins: Partage d'Expérience Gr=2	1	0	0	1	0	0	2
○ Rôle Médecins: Passivité Gr=4	1	0	1	1	0	1	4
○ Rôle Médecins: Pédiatrie Gr=1	1	0	0	0	0	0	1

◦ Rôle Médecins: Perception Gr=71	7	5	20	10	12	17	71
◦ Rôle Médecins: Perception du rôle Gr=5	1	1	1	1	1	0	5
◦ Rôle Médecins: Perception passive Gr=3	1	0	1	0	1	0	3
◦ Rôle Médecins: Préparation Gr=3	1	0	1	0	0	1	3
◦ Rôle Médecins: Proactivité Gr=9	1	1	1	1	1	4	9
◦ Rôle Médecins: Réseau Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Rôle Médecins: Responsabilité Gr=3	1	0	0	0	1	1	3
◦ Rôle Médecins: Ressenti Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Rôle Médecins: Rôle Gr=69	7	7	18	15	7	15	69
◦ Rôle Médecins: Rôle Actif Gr=7	1	0	1	0	3	2	7
◦ Rôle Médecins: Rôle clé Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Rôle Médecins: Rôle Limité Gr=5	1	1	2	0	0	1	5
◦ Rôle Médecins: Santé enfant Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Rôle Médecins: Sensibilité Gr=2	1	0	0	0	1	0	2
◦ Rôle Médecins: Spécialisation Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Rôle Médecins: Suivi Gr=23	5	2	3	4	4	5	23
◦ Rôle Médecins: Support Gr=8	1	1	1	0	1	4	8
◦ Rôle Médecins: Tension Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Rôle Médecins: Traitement Gr=1	1	0	0	0	0	0	1
◦ Rôle Médecins: Validation Gr=4	3	0	0	0	0	1	4
	525	273	639	425	460	807	3129

Titre : ATLAS.ti - Rapport sur les documents codés
Projet : Thèse
Utilisateur : Anthony Gadouleau
Date : 14/04/2025 - 10:07:17

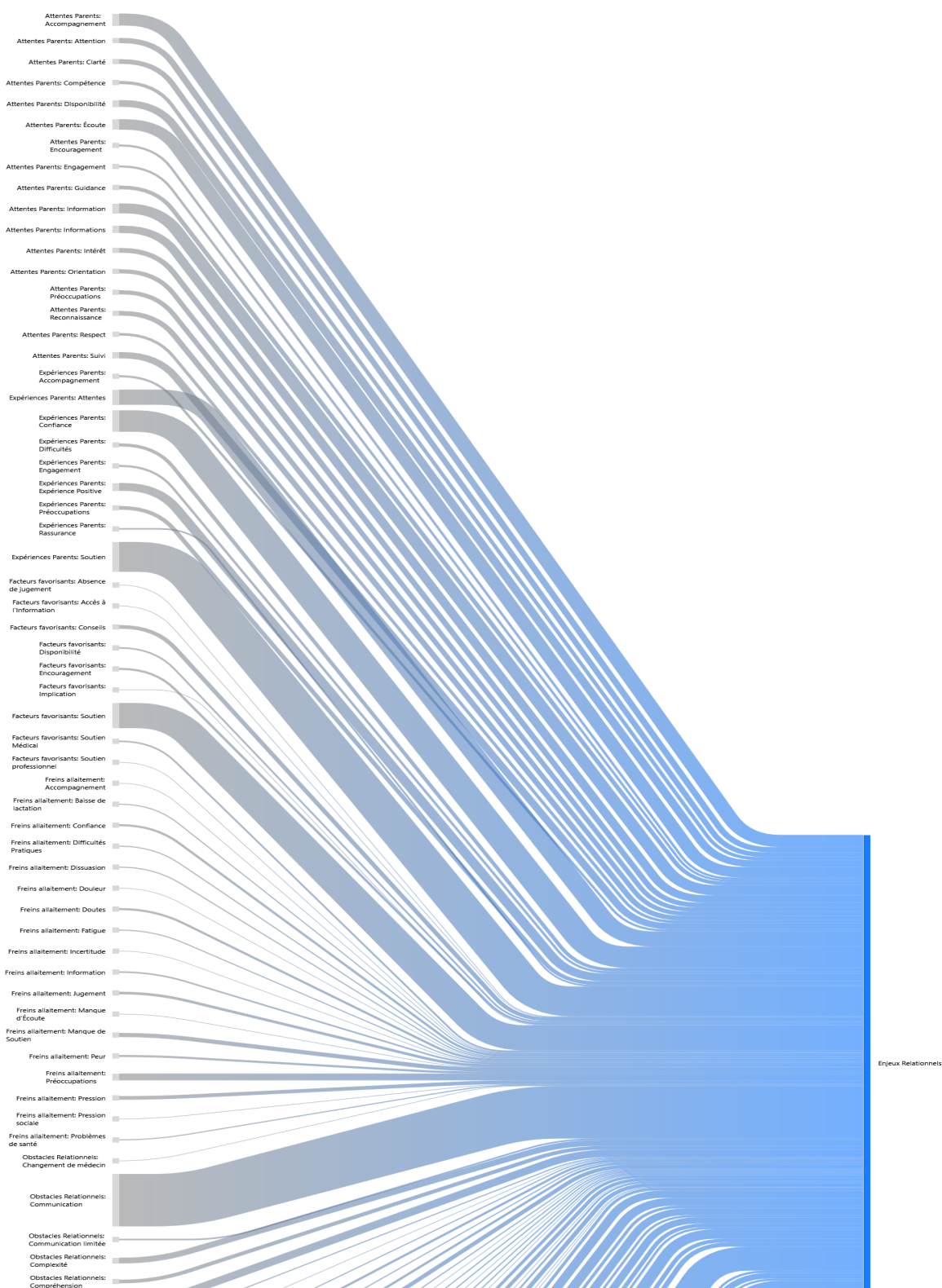
Valeurs : Fréquence absolue
Compte : Citations

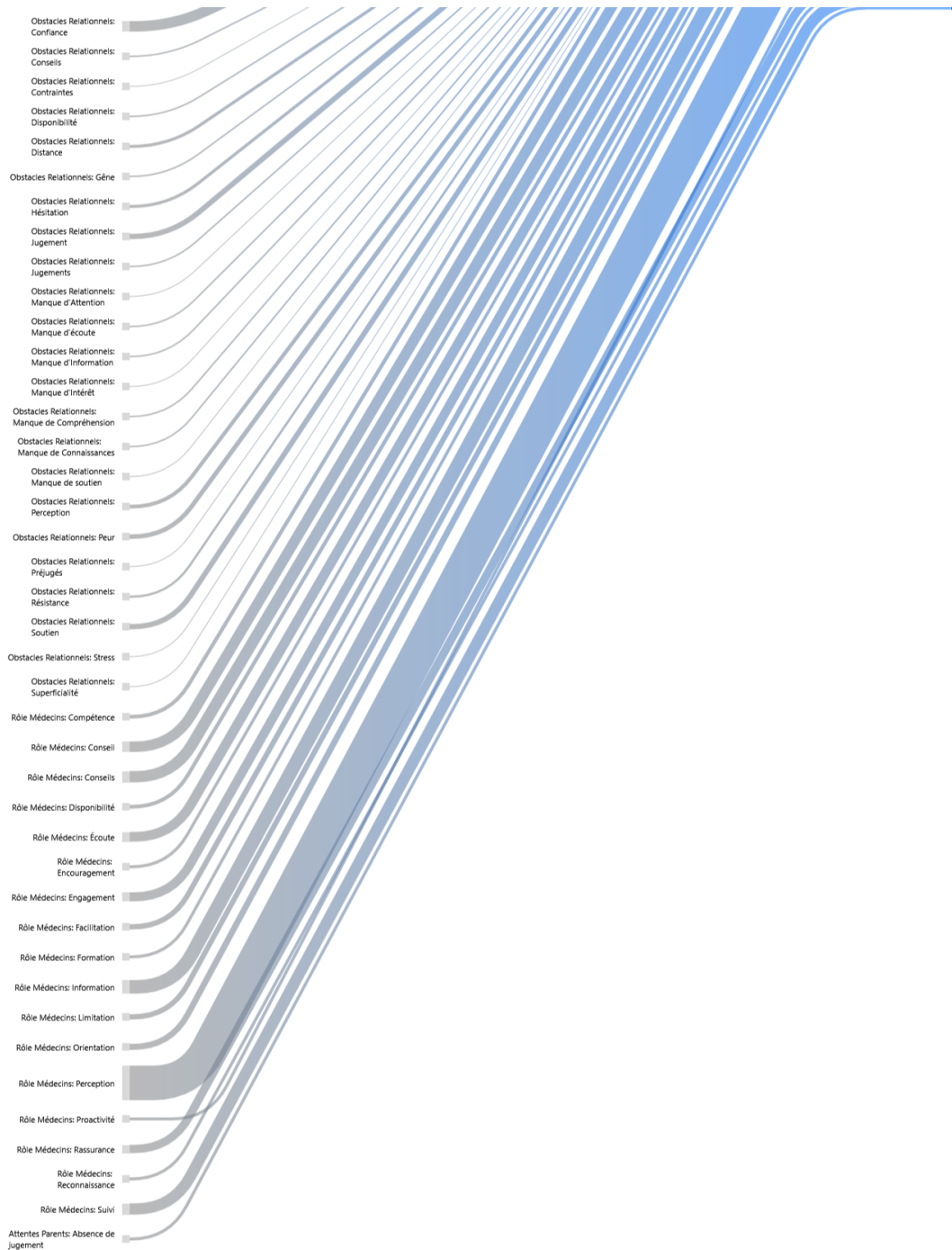
Abbreviations

Gr
 GS

L'ancrage des codes (nombre de citations codifiées par un code) ou des documents (citations créées dans un document).
 Nombre de documents dans un groupe de documents ou nombre de codes dans un groupe de codage.

ANNEXE 6 (Diagramme de Sankey, thèmes super-ordonnés, avec QR code)





ANNEXE 7 (QR codes de l'analyse des verbatims par Lucie STAELS)

Chaque QR code ci-dessous permet d'accéder directement à la feuille Google Sheets correspondante.

Analyse IPA Entretien 1 Lucie



Lien accessible en scannant le QR code ci-dessus.

Analyse IPA Entretien 2 Lucie



Lien accessible en scannant le QR code ci-dessus.

Analyse IPA Entretien 3 Lucie



Lien accessible en scannant le QR code ci-dessus.

Analyse IPA Entretien 4 Lucie



Lien accessible en scannant le QR code ci-dessus.

Analyse IPA Entretien 5 Lucie



Lien accessible en scannant le QR code ci-dessus.

Analyse IPA Entretien 6 Lucie



Lien accessible en scannant le QR code ci-dessus.

ANNEXE 8 (attestation de déclaration du DPO)



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Quels sont les enjeux dans la relation médecin-parent(s) dans l'accompagnement de l'allaitement maternel ?
Référence Registre DPO : 2024-074
Responsable scientifique : Mme Fanny SERMAN Interlocuteur (s) : M. Anthony GADOULEAU

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 18 avril 2024

Délégué à la Protection des Données

AUTEUR : Nom : GADOULEAU

Prénom : Anthony

Date de soutenance : 28 Novembre 2025

Titre de la thèse : Les enjeux de la relation médecin généraliste-parents dans l'accompagnement de l'allaitement maternel

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : Allaitement maternel – Médecin généraliste – Relation de soin – Parentalité – Phénoménologie interprétative

Contexte :

L'allaitement maternel représente un enjeu majeur de santé publique. Si son intérêt est largement reconnu, sa mise en œuvre et sa poursuite restent influencées par de multiples déterminants individuels, sociaux et relationnels. Parmi ces derniers, la relation entre la mère et le médecin généraliste apparaît comme un facteur souvent sous-estimé dans la littérature.

Objectif :

Appréhender les attentes des parents envers le médecin généraliste qui les accompagne dans leur projet d'allaitement maternel ainsi que l'impact sur cette relation.

Méthode :

Une étude qualitative de type phénoménologique interprétative (IPA) a été conduite auprès de six mères résidant dans le Nord et le Pas-de-Calais, ayant allaité leur enfant né à terme et suivi exclusivement par un médecin généraliste. Les participantes ont été recrutées par affiches en cabinets, réseaux sociaux selon un échantillonnage raisonné homogène. Des entretiens semi-directifs, enregistrés et retranscrits en verbatim intégral, ont permis d'explorer les dimensions émotionnelles, cognitives et relationnelles de leur vécu. L'analyse thématique a été menée selon les étapes de l'IPA, en triangulation symétrique, jusqu'à saturation des données.

Résultats :

Les récits révèlent la pluralité des significations associées à l'allaitement : acte biologique, choix identitaire, épreuve corporelle, mais aussi espace de valorisation et de vulnérabilité. La relation avec le médecin généraliste se construit autour d'attentes fortes : reconnaissance du vécu, soutien émotionnel, compétence médicale et posture individualisée. Lorsque le médecin parvient à incarner ces dimensions, la relation devient source de confiance et de légitimation. À l'inverse, le manque de reconnaissance ou d'individualisation de la relation peuvent renforcer le sentiment d'isolement et de charge mentale.

Conclusion :

Le médecin généraliste occupe une position stratégique dans le parcours postnatal. Reconnaître son rôle dans l'accompagnement de l'allaitement implique de valoriser les compétences relationnelles autant que les savoirs biomédicaux. Ces résultats invitent à repenser la formation médicale autour de la parentalité, du soutien émotionnel et de la phénoménologie du soin.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Asseseurs : Madame la Docteure Fanny SERMAN et Monsieur le Docteur Thibaut TEMPLEMENT

Directrice de thèse : Madame la Docteure Fanny SERMAN

Abstract

Background:

Breastfeeding remains a major public health issue with well-established benefits for both mother and child.

However, the experience of breastfeeding is shaped not only by biological or social determinants but also by the quality of the medical and relational support received after childbirth.

Among healthcare providers, the general practitioner (GP) plays a pivotal role in continuity of care, yet their relational involvement in breastfeeding support remains understudied.

Objective:

To explore the meaning and stakes of the GP–parent relationship in supporting breastfeeding, through an interpretative phenomenological approach focusing on lived experiences.

Methods:

A qualitative interpretative phenomenological analysis (IPA) was conducted with six mothers living in northern France, who had breastfed their full-term children followed exclusively by a GP.

Participants were recruited via posters in medical practices, social networks and personal contacts.

Data were collected through non-directive interviews, recorded and fully transcribed.

Analysis was performed according to IPA stages, in symmetrical triangulation between two researchers, until data saturation was achieved.

Results:

Breastfeeding emerged as a complex experience combining physical, emotional and social dimensions.

The GP–mother relationship oscillated between recognition and misunderstanding, depending on the physician's ability to listen, validate emotions and personalize guidance. Mothers valued relational qualities such as empathy, trust and recognition of maternal expertise, perceiving these as therapeutic in themselves.

Conversely, lack of acknowledgement or a prescriptive stance from the GP often reinforced maternal guilt and isolation.

Conclusion:

This study highlights the relational dimension of postnatal care as a determinant of breastfeeding continuation.

The GP's role extends beyond medical advice to encompass emotional and symbolic support.

Training programs should therefore integrate experiential and phenomenological approaches to strengthen the relational foundations of primary care.

Keywords:

Breastfeeding – General practitioner – Relationship-centered care – Interpretative phenomenology – Maternal experience