



HAL
open science

Allaitement maternel : comment les médecins généralistes se positionnent-ils ? Étude qualitative auprès de 17 médecins généralistes de l'Oise

Rébecca Zeitoun Wertel

► To cite this version:

Rébecca Zeitoun Wertel. Allaitement maternel : comment les médecins généralistes se positionnent-ils ? Étude qualitative auprès de 17 médecins généralistes de l'Oise . Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01277794

HAL Id: dumas-01277794

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01277794>

Submitted on 23 Feb 2016

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

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

UNIVERSITE de PICARDIE Jules VERNE

FACULTE DE MEDECINE d'AMIENS

Année 2015

N° 2105-38

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Par

Rébecca ZEITOUN WERTEL

Née le 30 septembre 1984 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 23 Avril 2015

ALLAITEMENT MATERNEL :

COMMENT LES MEDECINS GENERALISTES SE POSITIONNENT ILS ?

Etude qualitative auprès de 17 médecins généralistes de l'Oise

Jury

Président de jury : Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

Monsieur le Professeur Philippe MERVIEL

Monsieur le Professeur Pierre TOURNEUX

Monsieur le Professeur Jean-Yves BORGNE

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Georges JUNG

UNIVERSITE de PICARDIE Jules VERNE

FACULTE DE MEDECINE d'AMIENS

Année 2015

N° 2105-38

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Par

Rébecca ZEITOUN WERTEL

Née le 30 septembre 1984 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 23 Avril 2015

ALLAITEMENT MATERNEL :

COMMENT LES MEDECINS GENERALISTES SE POSITIONNENT ILS ?

Etude qualitative auprès de 17 médecins généralistes de l'Oise

Jury

Président de jury : Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

Monsieur le Professeur Philippe MERVIEL

Monsieur le Professeur Pierre TOURNEUX

Monsieur le Professeur Jean-Yves BORGNE

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Georges JUNG

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury,

À Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ,
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier de Pédiatrie,
Responsable du centre d'activité "Pédiatrie médicale et médecine de l'adolescent",
Pôle « Femme - Couple – enfant »
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques,
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter avec promptitude la présidence de mon jury, soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Georges JUNG,
Professeur Associé de Médecine Générale,
Département de Médecine Générale,
Vous dispensez un enseignement de qualité avec le souci de transmission et de précision ;
Vous avez accepté de diriger mon travail dès le premier jour où nous en avons parlé, merci pour la confiance que vous m'avez alors accordée, pour votre disponibilité, votre accompagnement même à distance et les nombreuses heures passées devant l'ordinateur, votre rigueur dans l'analyse, votre esprit de synthèse m'ont été précieux, ce travail n'aurait pu aboutir sans votre aide. Veuillez trouver, monsieur le Pr JUNG, l'expression de ma plus vive gratitude.

À Monsieur le Professeur Philippe MERVIEL,
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier de Gynécologie-obstétrique, médecine de la reproduction,
Chef du Pôle « Femme – Couple – Enfant »,
Vous avez accepté avec bienveillance de juger ce travail, soyez assuré de ma respectueuse gratitude.

À Monsieur le Professeur Pierre TOURNEUX
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier de Pédiatrie
Pôle "Femme - Couple - Enfant"
Vous me faites aujourd'hui l'honneur d'être membre de mon jury et de vous intéresser à mon travail, je vous en remercie profondément.

À Monsieur le Professeur Jean-Yves BORGNE
Professeur Associé de Médecine générale
Département de Médecine générale,
Vous m'avez fait l'honneur d'être membre honorifique de mon jury, veuillez croire, monsieur à ma profonde gratitude, je prends pleine mesure de l'effort, j'ai beaucoup apprécié votre bienveillance et votre souci du partage avec les étudiants de médecine générale au cours du troisième cycle et votre présence aujourd'hui témoigne de l'intérêt que vous portez à vos étudiants, soyez en remercié.

À ma famille, A mes amis,

À Ma Vie, tu es présent à mes côtés depuis la dernière année de l'internat, l'allaitement a scellé notre rencontre en quelque sorte, il y a des moments difficiles mais tu te montres toujours présent, disponible pour avancer, tu sais m'encourager et me réconforter, tu m'as toujours fais confiance, Merci, parce que tu es un être et un Mari exceptionnel, un merveilleux papa, parce que tu as su m'entourer autour des naissances et pendant mes allaitements et que tu me combles du vrai bonheur. Encore 87 ans ensemble...

À mes 2 reines, Ortal et Tsilla, vous me permettez d'expérimenter la vie de mère, l'allaitement et de vivre d'intenses instants de bonheur, d'amour et de joie de vie. Soyez heureuses, et toujours bien entourées Aux futurs bijoux de la vie...

À Papa, à Maman, vous avez toujours cherché les justes mots pour m'encourager et valoriser ma réussite; pour l'amour et la force que vous m'avez donnés, sachez qu'ils ont été un tremplin et un rempart, trouvez à travers ce travail de thèse l'aboutissement de vos efforts et ma gratitude infinie. Soyez heureux et comblés. Merci à vous deux de nous donner l'exemple.

À mes sœurs, Anaël (la gabonaise pour toujours), Galith (l'Amour de ma vie) et frère unique Jonathan véritable one-man-show, cantor et futur guide, pour la grande complicité et l'intimité que nous partageons tous les quatre. Vous êtes des vrais alliés, j'espère pouvoir vous rendre votre bienveillance à mon égard et tous les services rendus !

À mes tous mes beaux-frères et belles sœurs, Tsip', Yoav, Hillel, Jiiiiiii, Eliche, Nati, Yaelle, Meyr, Moché, Audélia et les prochains à venir, sachez que je suis heureuse de faire partie de cette Belle-Fratrie de choc !

À mes neveux et nièces sans distinction, pour toutes les joies et satisfactions apportées,

À mes beaux-grands-parents, mémé et pépé Wertel, et Nona, vous m'êtes très chers, soyez heureux longtemps auprès de vos enfants, petits et arrières petits-enfants,

À mes beaux-parents pour qui j'ai un profond respect et admire leur recherche perpétuelle des vraies valeurs de partage des connaissances et de la famille, leur esprit libre de 68tard strasbourgeois dans la joie, continuez de rester affranchis de presque tout!

À mes oncles et tantes par alliance : Cyril, Albert et Corine, et les vrais ! Tontons Ogram, Didier, tata Betty, tontons Pierrot, Alain, Rosa pour qui j'ai beaucoup d'affection,

À mes cousins et cousines et leur moitié que je ne nommerai pas mais avec qui c'est toujours extra de partager les expériences de vie, et des retrouvailles chaleureux,

À mes amis de fac et partenaires dans ma vie active: Anne-So, Sab, Lea tou, Naom, David, Goël, Johanna, Anne, Meryll, Michael A et S, John z''l, Anaïs, Laurene, Jerem ...

À mes chères amies Sarah Tou, Sarah To for your perfect english, Jess you're white, Zazouu, Laura D, Galgal, Laure E, Déborah D (MT), Carole, Caro, ma Gal, Jess, ma Ja, Chlo', JohannaT, Rivkati, Laurène, Sandrine, Chantal ...

À Myriam B, Marie, Michel pour m'avoir permis de les remplacer et m'avoir donné le goût du métier...

À L.ui, et Toutes et tous, qui de près ou de loin sont investis dans ma vie ! Merci

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	3
LISTE DES ABREVIATIONS	4
INTRODUCTION.....	5
MATERIEL ET METHODE	7
RESULTATS	10
1. La population étudiée	10
2. Représentations du rôle du médecin généraliste sur le thème de l'allaitement maternel	11
A. Rôle d'accompagnement commun dans l'ensemble des discours	11
B. Rôle de gestion des problèmes médico-sociaux	11
C. Rôle d'aide à l'élaboration du choix de la femme dans une relative neutralité	12
D. Rôle de promotion de l'allaitement	12
3. Comment les médecins gèrent ils ces différents rôles ?	13
A. La non culpabilisation	13
B. Une attitude d'empathie.....	13
C. L'argumentaire	13
D. L'implication de l'entourage et la place du père	15
E. L'anticipation et le choix d'aborder le sujet	16
F. La délégation a d'autres professionnels de la gestion de l'allaitement maternel	18
4. La position de médecin généraliste traitant	19
A. Le rôle technique médical.....	19
B. Les facteurs déterminant leurs positions.....	22
B.1 Expérience personnelle	22
B.2 Expérience professionnelle	23
B.3 Les représentations intellectuelles de l'allaitement maternel	24
C. La collaboration entre intervenants.....	25
D. Manque de temps.....	28
E. La formation.....	29
F. Les recommandations.....	30
G. la réalité de la femme comme il la perçoit.....	32
5. Hypothèses avancées par les médecins interrogés sur les disparités au sujet de l'allaitement maternel : son initiation et sa durée	34
6. Pistes envisagées par les médecins interrogés pour faire évoluer l'allaitement maternel	35

DISCUSSION	36
1. A propos de l'étude	36
2. Une conceptualisation indécise de leur rôle de médecin généraliste vis-à-vis de la femme allaitante	37
3. Un accord = accompagner	38
4. Rôle de "promotion" ou d'aide neutre à faire un choix = des opinions variées au cours des siècles	39
A. Ancrage historique ⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾	40
B. Ancrage anthropologique.....	42
C. Ancrage philosophique	44
D. le vécu personnel et l'expérience professionnelle	45
E. Les données scientifiques et recommandations officielles	46
5. Aider au choix tout en gardant l'objectif idéal de l'allaitement au sein prolongé : une situation complexe	48
A. Pas de culpabilisation = maître mot.....	48
B. Un argumentaire volontiers incomplet.....	48
6. Un positionnement dans le parcours de soins de la femme qui pose question	52
CONCLUSION	54
Références bibliographiques	56
ANNEXES	60
Annexe 1 : Guide d'entretien semi-directif.....	60
Annexe 2 : Schéma inspiré du modèle de l'Evidence-Based Medicine	633
Annexe 3 : Photo de J. Dieudaize, les funambules de la Rochelle (1959)	64
Annexe 4 : Rapport du Dr Turck : Plan d'action allaitement maternel (2010).....	65
Annexe 5 : Définition européenne de la médecine générale en 2002 la discipline médecine générale – médecine de famille.....	67

RESUME

L'allaitement maternel, recommandé par l'OMS et promu par les PNNS en France de manière exclusive jusqu'à 6 mois et au sein d'une alimentation diversifiée jusqu'à 2 ans au moins, connaît une nette progression depuis ces 20 dernières années grâce à des prises de conscience collectives. Pourtant, la France reste derrière ses voisins européens, et la Picardie à la traîne en France. Le médecin généraliste, acteur de premier recours, conseiller et pivot de la prise en charge de la famille, se doit d'avoir un rôle important pour l'alimentation de l'enfant. Quelles sont les représentations de son rôle quant à l'allaitement maternel, aux recommandations et quels sont les obstacles à sa mise en pratique ?

Une étude qualitative auprès de 17 médecins du sud de l'Oise a été menée pour comprendre leur réalité d'exercice et l'intrication des paramètres en jeu. Le principal biais de l'étude est lié à la situation personnelle de l'investigatrice, le point fort de l'étude est l'approche qualitative du sujet laissant libre cours au discours du généraliste afin de constater sa position.

Leur vision de prime abord positive de l'allaitement maternel apparaît parasitée par la complexité de représentations issues d'expériences personnelles, professionnelles et relatives à des valeurs socioculturelles, historiques, philosophiques, éthiques. L'échappement du suivi, la perception de l'intimité du sujet et du respect de la liberté de choix de la femme impliquant la non culpabilisation influencent leur pratique. Ils relativisent l'applicabilité des recommandations par les difficultés de vie leurs patientes, et ils ne font pas de ce thème de santé publique un enjeu à promouvoir coûte que coûte. L'allongement du congé maternité, les consultations individualisées précoces, la formation et une homogénéisation du discours maternité-ville sont des pistes que les médecins avancent pour peut-être améliorer les taux d'allaitement.

Mots clefs: Position, représentation, allaitement maternel, médecin généraliste, qualitatif, Oise

LISTE DES ABREVIATIONS

AFPA : Association française de pédiatrie ambulatoire

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

BEH bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

BIUM : Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine

CERDAM : Centre de Ressource Documentaire sur l'Allaitement Maternel

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNSF : Collège National des Sages-Femmes

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

EBM : Eminence-Based Medicine

ENP : Enquête Nationale de Périnatalité

HAB : label Hôpitaux Amis des Bébé

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

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

INRA Institut National de la Recherche Agronomique

IPA : Association d'Information pour l'Allaitement

LLL France : La Leche League France

OCDE : Organisation de coopération et de développement Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNSS : Programme Nationale Nutrition Santé

PRADO : Programme d'Accompagnement du Retour A Domicile

SFP : Société Française de Pathologie

SMIC : Salaire minimum interprofessionnel de croissance

SUDOC : Système universitaire de documentation

SVT : Sciences de la Vie et de la Terre

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance

WONCA : World Family Doctors. Caring for people - Société Européenne de médecine générale - médecine de famille

INTRODUCTION

Largement délaissé dans la deuxième moitié du vingtième siècle au profit des laits artificiels, l'allaitement maternel regagne progressivement les ménages depuis plusieurs décennies en France, suite à la « redécouverte » de son intérêt dans la prévention de nombreuses pathologies du nourrisson et de sa mère d'une part et d'autre part une évolution des mentalités, des acquis sociaux et des représentations dans l'esprit collectif de l'allaitement maternel.

Fabuleux outil de prévention primaire, physiologique, naturel et gratuit, en plus de son atout de lien privilégié qu'il établit entre une mère et son enfant, les bénéfices sur la santé de l'allaitement maternel tant pour l'enfant que pour la mère ont longuement été étudiés et sont connus ou fortement présumés (à niveau de preuve variable) et ont incité les autorités sanitaires mondiales, européennes et françaises à éditer des recommandations internationales en faveur de la poursuite d'un allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie de l'enfant et d'un allaitement associé à une alimentation diversifiée pendant 2 ans ou plus.

A la lumière de ces connaissances, de nombreux pays ont entrepris, il y a quelques décennies, de promouvoir l'allaitement maternel de diverses façons, et force est de constater que certains obtiennent des résultats performants ⁽¹⁾⁽²⁾

Cependant, les dernières publications de l'enquête nationale périnatale (ENP) 2003 et 2010 et le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) 2014 ⁽²⁾⁽³⁾ positionnent la France en queue de peloton des nations européennes et la Picardie parmi les moins enclines des régions en France sur ce thème en matière de taux d'allaitement maternel et de durée.

En effet, même si le taux d'allaitement maternel initial des nourrissons progresse très nettement depuis quelques années, il chute rapidement à 1 et 3 mois, ⁽²⁾ et les durées d'allaitement en France d'une part, et en Picardie par ailleurs sont loin des recommandations telles que le préconisent l'organisation mondiale de la Santé (OMS), la Haute Autorité de Santé (HAS) l'UNICEF et la Commission Européenne de Santé Publique, et plus récemment le Programme Nationale Nutrition Santé (PNNS) et ce, malgré les efforts des différentes organisations internationales et nationales. ⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾

Les politiques sanitaires et sociales actuelles tentent de favoriser la pratique de l'allaitement maternel essentiellement par des actions et une communication vis à vis des femmes ce qui est logique. ⁽²⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾ Pour autant on s'est peu intéressé au point de vue sur l'allaitement maternel de ceux qui sont censés porter ces actions et cette communication. Or le

positionnement notamment affectif et intellectuel qu'a un professionnel vis à vis d'une problématique n'est pas sans impact sur sa performance dans ce domaine. Parmi ces professionnels il y a le médecin généraliste traitant, qui reçoit et conseille des femmes enceintes et/ou allaitantes dans sa position de praticien de premier recours, acteur et promoteur de santé publique, assurant la continuité des soins, interlocuteur des familles. J'ai donc cherché par une enquête qualitative auprès de médecins généralistes de l'Oise des éléments de réponse à la question : comment le médecin généraliste traitant se positionne-t-il vis-à-vis de l'allaitement maternel et des femmes allaitantes ou susceptibles d'allaiter?

L'objectif principal du travail a été de recueillir et d'analyser le ressenti de médecins généralistes concernant leur rôle et position vis à vis de l'allaitement maternel.

Les objectifs secondaires ont été d'identifier les facteurs optimisant ou délétères vis-à-vis de la promotion de l'allaitement maternel par le médecin généraliste traitant et d'envisager des solutions.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés de médecins généralistes du sud de l'Oise, région dont je suis issue de formation.

L'objectif de la méthodologie qualitative employée dans ce travail était de faire émerger des similitudes ou des différences de notions au sujet de l'attitude pratique basée sur les représentations et la réalité de terrain des médecins généralistes de l'Oise.

Population étudiée et mode de recrutement

Les médecins généralistes interrogés ont été contactés par téléphone de manière aléatoire à partir de la liste des médecins inscrits sur le site de l'Ordre des Médecins de l'Oise en veillant à avoir une parité hommes femmes, et à faire participer un nombre sensiblement équivalent de témoignages en zone urbaine que semi-rurales/rurales dans le département de l'Oise.

Les critères d'inclusion principaux étaient d'être inscrit en tant que médecin généraliste sur la liste du conseil de l'Ordre, d'être installé dans un cabinet avec sa propre patientèle, de ne pas avoir un mode d'exercice particulier exclusif.

Au préalable, il était proposé aux médecins par téléphone un rendez-vous pour un entretien sur le thème de l'allaitement maternel et leurs représentations guidant leurs attitudes. Cet entretien leur était proposé lors d'une pause déjeuner à leur cabinet ou par Visio-conférence.

Le nombre de médecins à interroger n'était pas prédéterminé. Les entretiens ont été réalisés entre septembre 2014 et février 2015 ; 14 d'entre eux ont été réalisés au cabinet des médecins avant la reprise des consultations de l'après-midi et 3 d'entre eux ont été réalisés par visio conférence en fin de soirée. L'arrêt des interviews s'est effectué à saturation de données concernant l'objectif principal de mon sujet.

Méthode d'entretien

Un guide d'entretien (cf. Annexe 1) a été réalisé avant la phase de recrutement. Il a été proposé puis approuvé par la commission de validation des sujets et des questionnaires de thèses du Département de Médecine Générale de la faculté de médecine d'Amiens. Il a ensuite été testé auprès d'un ancien maître de stage dans l'Oise et auprès d'une amie médecin généraliste, maître de stage sur Paris qui a bien voulu se prêter à l'exercice afin de tester la compréhension et le rythme des questions.

Ce guide d'entretien définissait plusieurs temps successifs de l'interview :

- Une introduction présentation afin d'établir la relation enquêteur–enquêté. Il s'agissait à la fois de me présenter, de cadrer le thème et la question de l'étude, de préciser le déroulement de l'interview et de garantir l'anonymat et la liberté d'expression de l'interviewé.
- Un deuxième temps où il était demandé au médecin comment il se représentait son rôle notamment en tant que médecin traitant dans la problématique de l'allaitement.
- Un troisième temps où il était demandé au médecin quel rôle il avait par rapport aux autres intervenants et l'entourage de la femme.

- Un quatrième temps appréciait les obstacles perçus par le médecin dans leur prise en charge de l'allaitement maternel, et le rôle que la femme lui accordait sur le thème de l'allaitement.
- Un cinquième temps étudiait les propres représentations du médecin sur l'allaitement maternel en regard des recommandations OMS et leur relative non application.
- Un septième temps portait sur les raisons invoquées apportées par les interviewés sur les disparités régionales et nationales.
- Un huitième temps recherchait d'éventuelles pistes pour faire évoluer ce thème dans la région.
- Il était enfin recueilli des données socioprofessionnelles concernant l'interviewé.

Pour chacun de ces temps, étaient prévues des relances, formulées différemment selon les réponses des médecins, leur façon ouverte ou fermée d'aborder le sujet, des questions des temps portant sur les objectifs secondaires étaient prévues, mais non posées systématiquement en fonction de la teneur de leurs propos.

Le guide d'entretien avait un fil conducteur et il avait pour objectif principal de répondre à la question ayant motivée le sujet de thèse.

Analyse des entretiens

Chaque entretien a été enregistré sur support numérique et retranscrit manuellement mot à mot sur un fichier Word.

Chaque discours a été anonymisé en modifiant tous les termes qui pouvaient faire reconnaître les participants. J'ai attribué à chaque médecin une lettre de l'alphabet dans l'ordre chronologique dans lequel je les ai rencontrés. J'ai également masqué le nom de leur lieu d'exercice ou de tout autre élément susceptible de reconnaître les médecins. Les éléments ayant parasité les entretiens tels que les coups de téléphone, les bruits d'interphone ou liés à des travaux n'ont pas été mentionnés, les hésitations, onomatopées et rictus ont été eux mentionnés dans les scripts.

Dans un premier temps, il a été fait sans l'aide d'un logiciel, une analyse verticale thématique du premier entretien reprenant la structure du canevas d'entretien afin d'identifier les idées et thèmes abordés par le médecin. Une analyse transversale thématique des entretiens suivants a été faite ensuite afin de mettre en relief ce qui d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème. Lorsqu'une nouvelle idée apparaissait elle était recherchée dans les autres entretiens. Lorsque plus aucune idée nouvelle n'est apparue, les entretiens se sont arrêtés. Une triangulation partielle d'interprétation des thèmes trouvés par l'enquêtrice a été réalisée avec l'aide du Pr Jung.

Parallèlement, était faite une analyse descriptive des médecins généralistes rencontrés en retranscrivant les éléments biographiques et socio démographiques pertinents de notre échantillon: âge, sexe, lieu d'exercice, nombre d'enfants, expérience personnelle d'allaitement, part d'activité représentée par la pédiatrie et le suivi de grossesse dans la pratique quotidienne.

Recherche bibliographique

J'ai interrogé la base de données bibliographiques automatisée : Medline

J'ai également consulté des thèses à la BIUM (Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine), après avoir consulté le répertoire du SUDOC ainsi que le moteur de recherche Google et Google Scholar avec les mots clés "représentations médecin généraliste", "allaitement maternel", "accompagnement", le site de la HAS, des liens de sites consacrés à l'allaitement, comme CERDAM, Médecine et Enfance, ou la Leche League.

J'ai également consulté plusieurs ouvrages et livres sur l'allaitement maternel notamment

- *Le conflit: la mère et la femme*, Elisabeth Badinter,
- *De la naissance au sevrage*, Dr M. Thirion,
- *L'allaitement maternel, une dynamique à bien comprendre*, Blin, E. Thoueille, M. Soulé,
- *Allaitement maternel, proximité mère bébé*, N. Roques

J'ai lu les résumés des articles et ouvrages retrouvés, et sélectionné ceux qui me paraissaient pertinents dans le cadre de ma recherche. A partir de chaque article et ouvrage trouvés, j'ai également fait une petite analyse de la bibliographie à la recherche d'articles et ouvrages complémentaires.

Mots clés : Position, représentation, allaitement maternel, médecin généraliste, Oise

Keywords: Position, representation, breastfeeding, general practitioner, Oise.

La bibliographie a été exploitée à l'aide du logiciel de gestion bibliographique Zotero.

RESULTATS

La population étudiée

Ils étaient 40 médecins à avoir été contactés et 18 ont donné leur accord, 17 entretiens ont finalement été réalisés et ont abouti à une saturation des données sur le sujet.

Tableau des caractéristiques des interviewés

Médecin	Sexe	Age	Année d'installation	Lieu d'exercice	Autres formations	Durée d'entretien
A	F	43	2001	Semi rural	Homéopathie - Mésothérapie	23 min
B	F	62	1982	Ville	Acupuncture	17 min
C	F	57	1987	Ville	Homéopathie - Nutritionniste - Acupuncture	48 min
D	H	60	1981	Ville	Ostéopathie	21 min
E	F	37	2008	Semi rural		16 min
F	H	50	1992	Ville	Médecine du travail	35 min
G	F	57	1984	Ville	Médecine du travail - Soins palliatifs	37 min
H	H	63	1979	Ville	Maladie infectieuses et tropicales	26 min
I	H	62	1979	Ville		33 min
J	F	50	1997	Rural	Acupuncture	41 min
K	H	64	1982	Ville	Gynécologie reconverti MG	35 min
L	H	62	1984	Ville	Maladie infectieuses et tropicales	31 min
M	F	44	2000	Ville		21 min
N	H	52	1986	Rural		20 min
O	F	57	1992	Rural		30 min
P	F	49	1998	Ville	Homéopathie - Nutritionniste - Acupuncture	24 min
Q	H	62	1978	Ville	Homéopathie	32 min

Médecin	Activité gynécologique	Activité pédiatrique	Enfants	Proportions d'allaités	Durée moyenne d'allaitement	Motif d'arrêt/non allaitement
A	Forte	Forte	3	Les 3 enfants	Sans information	
B	Moyenne	Faible	3	2 enfants sur 3	Sans information	Hypotrophe
C	Moyenne	Faible	4	Les 4 enfants	2 allaités 2 ans, et 2 moins d'un an	
D	Moyenne	Faible	6	Les 6 enfants	1 à 2 mois	
E	Forte	Forte	1	Un sur un	En cours d'allaitement	
F	Faible	Moyenne	2	Aucun	Non	Choix
G	Moyenne	Moyenne	2	1 sur 2	1 à 2 ans	
H	Forte	Forte	2	Les 2 enfants	Allaités 3 mois	
I	Forte	Forte	2	Aucun	Non	Féminisme
J	Moyenne	Moyenne	3	Les 3 enfants	En moyenne 3 mois	Reprise activité
K	Forte	Forte	3	Les 3 enfants	2 à 6 mois	
L	Moyenne		2	Les 2 enfants	3 mois	Reprise activité
M	Forte	Forte	3	Les 3 enfants	En moyenne 3 mois	Hypogalactie et Fatigue
N	Forte	Forte	3	Les 3 enfants	Sans information	
O	Moyenne	Moyenne	1	Aucun	Non	Reprise activité
P	Moyenne	Moyenne	2	Les 2 enfants	En moyenne 3 mois	Reprise activité
Q	Faible	Faible	3	Les 3 enfants	Moins d'un mois	

Les résultats sont présentés ci-dessous par thèmes et éléments d'analyses suivis par les extraits d'entretiens venant illustrer ces derniers.

2. Représentations du rôle du médecin généraliste sur le thème de l'allaitement maternel

A. Rôle d'accompagnement commun dans l'ensemble des discours

Globalement, les discours des médecins interrogés ont permis de mettre en évidence un rôle d'**accompagnement chez tous les médecins**:

- A : « je leur dis qu'on aura l'occasion d'en reparler en consultation de suivi de grossesse... c'est en ça que je l'accompagne, je me montre présente »
- B : « plutôt accompagnateur »
- D : « on a une réelle place pour les accompagner, après il y a des modes plus ou moins pédiatres »
- G : « Je dois être accompagnante, je verrai avec elle comment nourrir son enfant »
- J : « je lui demande la façon dont elle nourrira, je l'invite à y réfléchir »
- K : « ma position est celle d'un médecin qui suit les femmes qui confient leur santé à un médecin »
- M : « rôle d'accompagnateur »
- N : « on les suit, on a un dossier grossesse avec un item allaitement... »
- O : « c'est nous qui les connaissons le plus, donc à nous de savoir ... si elles ont envie d'allaiter ou non, et de les accompagner »
- P : « je pense que c'est notre rôle d'accompagner le choix de la femme quand elle nous demande... »

Aucun des médecins n'a exprimé l'idée qu'il n'était pas de son rôle d'accompagner la femme dans son futur allaitement (maternel ou maternisé) tous informent et renseignent.

Mais l'accompagnement s'exprime sous des rôles différents selon les médecins.

B. Rôle de gestion des problèmes médico-sociaux

La fonction gestion des problèmes physiopathologiques ou techniques liés à l'allaitement est assurée et affirmée par tous les médecins interrogés

- C : « l'un des principaux problèmes que je rencontre en consultation ce sont les engorgements, hypogalactorrhées, elles sortent de la maternité... sans savoir quoi faire... et comment j'arrête mon allaitement »
- E : « non, elles ne viennent pas nous voir pour ça on voit surtout les pathologies »
- F : « moi j'ai les vois plutôt après l'initiation... »
- I : « après l'accouchement, c'est généralement elles qui sollicitent, sevrage difficile, syndrome grippal »
- K : « les engorgements, la rougeur du sein, un enfant qui tête pas bien, qui prend pas de poids ... euh... bah voilà les questions auxquelles je suis le plus confronté »
- L : « le truc le plus classique c'est cette femme qui sort de la maternité ... pour qui ça ne marche pas »
- O : « j'interviens plus après quand il y a des problèmes »
- Q : « ça va être plutôt au moment des problèmes locaux, à ce moment-là »...

C. Rôle d'aide à l'élaboration du choix de la femme dans une relative neutralité

- A : « Être informel, je me montre présente, je délivre une information pour éclairer »
B : « On doit l'informer au mieux avec les moyens qu'on a pour que nourrir son enfant se passe au mieux, c'est tout ... le médecin n'a pas à décider pour la patiente, je ne les pousse pas trop »
C : « j'essaie de dire un maximum au début de grossesse, mais on peut pas tout dire... »
D : « aider... »
G : « accompagnante, facilitante, délivrer informations utiles, aborde systématiquement y réfléchir, revenir sur le sujet (...) mûrir »
H : « j'en parle, je répète, délivrer l'information claire et intelligible »
J : « je lui demande, je l'invite à y réfléchir, reparle, rediscute chaque fois, question systématiquement, mon but c'est leur répondre, »
K : « demande si elle allaitera, discute, se voir, se revoir et en rediscuter, si elles ont réfléchi, si elle a changé d'opinions, rassurer, informer des atouts »
L : « information, proposition, stimulation, parler, en reparler, soutien »
M : « je leur donne information, en discuter, demande systématiquement »
N : « on leur demande d'emblée, »
O : « à nous de voir si elles ont envie d'allaiter ou non, j'essaie de comprendre »

D. Rôle de promotion de l'allaitement

La fonction promotion et orientation du choix est décrite par 7 médecins interrogés :

- C : « inciter, rien de meilleur, évidemment je vais l'encourager, »
D : « pour promouvoir »
G : « donne mon avis systématiquement, je leur vends le fait que... » Discours très étayé, détaillé et positionné, termes engagés : « génial, je vends », son attitude plutôt souriante et bienveillante quand elle en parlait, la multitude d'arguments et d'avantages qu'elle vante spontanément pendant l'entretien le fait qu'elle cherche par plusieurs moyens de faire réfléchir la femme, et surtout la plus grande majorité de ses patientes allaitent : « j'ai pas l'impression d'avoir énormément de patientes qui n'allaitent pas »
H : « conseille l'allaitement systématiquement, je répète à chaque consultation que l'allaitement est fondamental pour les 90 premiers jours de l'enfant, convaincu » Arguments affirmés avec beaucoup d'assurance, sans hésitation
J : « il faut promouvoir quand on peut, comme on peut »
K : « mon discours est assez simple : l'allaitement maternel est ce qu'il y a de mieux pour son bébé, ... pour la relation qui existe entre elle et son bébé... on fera tout pour que l'allaitement soit possible et se passe le mieux du monde..... J'irai dans ce sens »
L : « versant prosélyte, tentera de relancer l'allaitement maternel si échec après sortie de maternité, fera appel à d'autres si est en difficulté pour promouvoir et soutenir »
Q : « Notre rôle est tout de même de les inciter...maintenir l'allaitement quand difficultés rencontrées... »

4 médecins ont précisé qu'ils prennent davantage la peine de convaincre les mères encore hésitantes :

- E : « si une femme hésite, je veux bien sortir mes arguments »
J : « si elles sont indécises, je leur demande pourquoi elles le sont ... je leur réponds, je leur demande la raison... »
G : « je ne prends pas pour acquise la réponse de départ, je pense que ça peut évoluer, l'échange permet de reconsidérer leur première impression, maturer certaines choses »

K : « pour les patientes plus hésitantes, à ce moment-là, j'essaie effectivement d'ouvrir le sujet et de les informer de tous les atouts...si elle n'était pas convaincue initialement, lui demander si elle a changé d'opinion »

3. Comment les médecins gèrent ils ces différents rôles ?

A. La non culpabilisation

Qu'ils soient promoteurs ou accompagnateurs du choix de la femme du type d'allaitement qu'elle aura choisi, une large majorité des médecins sont travaillés par le fait **de ne pas faire culpabiliser la femme**

A : « après je ne les culpabilise pas »

B : « je n'ai pas envie de les culpabiliser en leur disant il faut allaiter c'est dommage que vous n'avez pas pu »

C : « je ne vais pas la culpabiliser, à vouloir trop bien faire... je vais mal faire »

E : « je n'aime pas trop forcer les patientes qui ne veulent pas »

J : « je ne le fais pas sentir à la patiente, de ne pas les culpabiliser », « ne pas culpabiliser la patiente », « ne le ferai pas sentir », « ne pas les culpabiliser », « par contre bien sûr, je ne le fais pas sentir à la patiente » (phrases répétées plusieurs fois)

B. Une attitude d'empathie

De nombreux médecins font savoir qu'ils adaptent leurs conseils, et les informations qu'ils délivrent en fonction de ce qu'ils estiment être des difficultés :

H : « à la reprise du travail parce que ça devient difficile »

E : « Je pense que c'est pas adapté à la vie de la femme ... surtout celles qui travaillent... »

F : « je ne suis pas systématique ! Ce que je fais... j'en sais rien, je m'adapte.... »

Q : « Je pense que 3 mois c'est déjà pas mal, mais c'est un compromis personnel [...] c'est pas parfait mais c'est adapté à la réalité. »

K : « les recommandations [...] je les adapte toujours au patient... »

O : « j'essaie de comprendre [...] j'ai l'impression que c'est une charge pour elles. »

C. L'argumentaire

1- Les avantages exposés aux futures mères pour leurs bébés sont d'abord du registre des répercussions sur la santé, avec des arguments scientifiques et rationnels :

◆ Nutritionnels :

A, B « qualités nutritives sont très bonnes »

L : « excellent aliment »,

◆ Physiologiques :

C : « tout à fait adapté.... moins de coliques »

G : « tout à fait adapté au nourrisson »

G : « adaptation totale du produit,... physiologique »

H : « du point de vue digestif c'est bien meilleur »

J : « le plus adapté, et s'adapte tout au long de la croissance de l'enfant... le lait artificiel ne peut pas faire mieux »

K : « naturel, bébé s'autorégule parfaitement »

M : « transit »

Q : « physiologique »

◆ Pratiques :

A : « partage des tâches avec le papa »

C : « c'est plus pratique, c'est moins compliqué que d'aller faire un biberon la nuit.. »

D : « c'est hyper pratique, y'a rien à préparer, rien à acheter, c'est rapide, »

G : « prêt à n'importe quelle heure, tout chaud, quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit, pas de stérilisation »

J : « toujours prêt », « on peut sortir le sein où on veut quand on veut »,

L : « même pour le père, faut pas être faux cul »

Q : « la simplicité de mise en œuvre »

◆ Protection immunitaire et allergique :

A : « moins de maladies infectieuses gastro.. »

C : « au point de vue de l'immunité c'est vraiment bien »

D : « moins malades, ... meilleures défenses »

E : « apport certains anticorps »

G : « excellent en terme immunitaire, ça prolonge l'effet »

H : « anticorps, les immunoglobulines transmises dans le lait maternel... enfants allaités protégés par les anticorps transmis par la mère... en particulier quand on vaccine le proche entourage contre la coqueluche... cocooning..»

O : « infections, allergies »

Q : « au niveau de l'immunité »

◆ Économique :

C : « malgré le fait qu'il faut supplémenter la mère) »

G : « je vends aussi son côté économique... même si on en revient sur les stérilisateurs »

J : « ça pourrait être super économique », « c'est gratuit »

L : « c'est avantageux mais par pudeur ne l'évoquerai pas »

◆ Écologique :

F : « quelque chose de naturel et public...c'est bobo, c'est écolo de penser comme ça aujourd'hui ! »

J : « plus écolo »

M : « naturel »

◆ Éveil et développement :

D : « plus florissants, beaux bébés, »

G : « diversité des goûts à travers le lait »,

J : « pousse mieux ..., grossit, s'épanouit »

◆ Santé:

C : « y'a rien de meilleur que le lait maternel »

D : « c'est mieux »

E : « prévention de l'obésité »

J : « moins malades », « c'est ce qu'il y a de meilleur »

O : « moins d'obésité »

K : « l'allaitement maternel, c'est ce qu'il y a de mieux pour son bébé »

O : « moins d'infections... moins d'obésité »

◆ Relationnel :

A : « Dimension émotionnelle »

B : « je pense qu'il y a un lien affectif qui est plutôt important »

C : « bons contacts mère enfant »

D : « réelle communion »,

E, G : « la manière de porter bébé »
 G : « implication dans le lien avec l'enfant »
 H : « une femme qui continue... ça se ressent sur l'enfant toujours »
 I : « attachement ... premières phases... déterminant »
 J : « ça créé le lien », « plus porté »
 K : « mieux... et également pour la relation qu'il y a entre elle et son bébé »

♦ **Les bénéfiques pour la mère sont rarement évoqués ou détaillés:**

G : « plaisir que ça procure d'allaiter son enfant », « femmes allaitantes sont plus médicales », « plus dans le soin de leur enfant parce l'enfant est collé à elle », « dans la manière de porter bébé »
 H : « plaisir à donner le sein, sera tellement heureuse qu'elle oublie qu'on est dans une gare, un train, une salle d'attente »
 K : « mieux... et également pour la relation qu'il y a entre elle et son bébé »
 L : « probablement mieux pour la mère... »
 M : « avantages tant pour la mère ... »
 O : « bienfaits pour la mère... »

♦ Il est à noter que la **prévention à certaines maladies pour la mère n'a pas été abordée** par les médecins interrogés de manière spontanée.

2- les inconvénients de l'allaitement maternel

Peu de médecins prennent l'initiative de **prévenir les futures mères allaitantes des inconvénients et difficultés éventuelles auxquelles elles seront confrontées**, et de les anticiper et au contraire émettent un **jugement sur ces difficultés** :

A : « (tétée à la reprise du travail), je les préviens que c'est 7/8 fois par jour, sinon ça va vite s'essouffler... »
 B : « ne vous inquiétez pas, à l'hôpital si ça se passe comme ça... mais je vous adresserai, ... »
 F : « 6 mois c'est un peu long, astreinte pour la mère »
 G : « et en même temps je mets en garde à la relation totalement exclusive, qu'il faut prévoir de tirer son lait, introduire tétines et biberons pour que l'enfant puisse avoir... je leur donne ce que je pense être les grands avantages et petits inconvénients, parce que être prévenue des inconvénients les aidera plus tard à allaiter plus sereinement parce qu'elles auront été préparées »
 H : « qualité du lait moins bonne passés les 3 mois de vie de l'enfant avec courbes de croissances anormales et carences en fer probables »
 J : « avertis les patientes des inconvénients éventuels afin de les préparer à l'allaitement maternel au cas où les suites de couches seraient difficiles, et préviens les mamans d'un investissement en temps conséquent », « s'occuper de bébé jusqu'au bout »
 Q : « je leur conseille ... d'organiser le sevrage... parce que la reprise du travail ne leur permettra pas de....»

D. L'implication de l'entourage et la place du père

S'enquérir de l'entourage familial étayant, de la place du père dans les soins autour du bébé a peu été mentionné. Seuls A, D, G et H évoquent le fait que l'accompagnement du père et sa participation dans les tâches autour des soins du bébé sont un atout pour améliorer les conditions d'allaitement maternel :

- A : « elles m'envoient leur mari, j'implique le papa... comme ça les tâches sont partagées »
- D : « une meilleure répartition des tâches que dans les vieux modèles de couples où c'était la mère qui faisait tout... j'encourage le monsieur pour la seconder »
- G : « c'est important que le papa puisse prendre sa place ... seconder la maman, c'est important de le savoir avant la naissance »
- H : « je fais part au papa que c'est plus pratique pour le monsieur après coup »
- I : « je me renseigne... lui demande «où vous vivez? de quoi? Et votre compagnon?», «c'est très important en termes de facteurs de risque... si la femme a l'air d'être bien insérée je dirais que j'y prête moins attention...»

E. L'anticipation et le choix d'aborder le sujet

Qui prend l'initiative d'aborder le sujet de l'allaitement ?

1- **Les patientes** sont volontiers à l'origine de l'abord de la problématique de l'allaitement plutôt juste après l'initiation, avant la reprise du travail ou au moment du sevrage

Pour des problèmes techniques et pratiques

- I : « pour la prescription d'un tire-lait »
- Q : « on est sollicité finalement plus pour le côté technique notamment la prescription d'un tire-lait,les problèmes de l'allaitement... »

Pour avoir des informations et pour la gestion des problèmes locaux

- F : « y'a des femmes qui viennent se réfugier ici... on en discute, la plupart du temps, c'est elles qui m'abordent à ce sujet quand elles amènent le nourrisson », « c'est elles qui m'abordent, »
- Q : « on est sollicité finalement plus... pour les problèmes locaux »

2- Certains médecins formulent de manière vague le fait que c'est : « **variable** »

- A : « c'est 50/50 le médecin ou la patiente qui initie le sujet pendant la grossesse » sans dresser le détail des préoccupations qui les amènent à en parler ;
- E : « qu'elles posent leurs questions en consultation en suivi du 3ème trimestre en maternité »
- K : « initiation du sujet variable »
- L : « on en parle si a l'occasion de le faire »

3- **Tandis que certains médecins en parlent à titre systématique:**

- G : « Je la pose quand je suis les femmes pendant leur grossesse, je donne mon avis systématiquement »
- H : « conseille l'allaitement maternel systématiquement, elles n'ont pas besoin de me solliciter, parce que moi, j'en parle spontanément... ça fait partie des différentes consultations »
- I : « c'est moi qui prends l'initiative pendant la grossesse de leur demander si elles veulent allaiter pour leur donner le livret de l'INPES »
- J : « je leur pose systématiquement la question »
- L : « mon rôle est sûrement d'anticiper, le plus tôt on en parle, c'est le mieux,... »
- N : « on leur demande d'emblée »

Quand le sujet est-il abordé par le médecin ?

Certains le font précocement, dès la grossesse et y reviendront :

- A : « dès que la femme est enceinte, en début de grossesse, on aura l'occasion d'en reparler »
- B : « pendant la grossesse, quand la patiente désire en parler »
- G : « pendant leur grossesse, c'est important de le savoir avant la naissance : parce que si on y a pas réfléchi avant, et si, complications après, on ne prendra pas le temps d'en parler parce que ce sera alors une préoccupation secondaire »
- H : « J'en parle spontanément ... au cours de la grossesse, ça fait partie des différentes consultations et je répète à chaque consultation »
- J : « je lui demande dès le début de sa grossesse comment elle nourrira son bébé, je l'invite à y réfléchir... on en reparlera »
- K : « au long de la grossesse, je lui demande si elle allaitera »
- L : « mon rôle c'est d'anticiper, j'vais plutôt inciter les femmes à le faire, plus l'accouchement se rapproche et mieux c'est »
- M : « je l'aborde en fin de grossesse ... aillent accoucher avec des conseils, on en reparle à chaque fois »
- N : « on leur demande d'emblée, au moment de la déclaration de grossesse, on a un dossier grossesse avec un item désir d'allaitement »

D'autres plus tardivement arguant que c'est trop tôt ou au contraire regrettent de le faire tardivement:

- B : « je ne vais pas au-devant des questions »
- C : « je n'en parle pas assez en début de grossesse, l'allaitement, c'est vrai que je l'aborde après coup »
- D : « au 5ème, 6ème mois de grossesse, avant elles ne sont pas prêtes, il faut parler de beaucoup d'autres choses »
- L : « j'ai peut-être une responsabilité dans le fait que je devrais plus anticiper le sujet »

Du fait d'un échappement du suivi de leurs patientes pendant leur suivi de grossesse, d'autres disent qu'ils ne seront confrontés à cette question **que pour parler des problèmes** qui sont relatifs à l'allaitement maternel :

- C : « souvent on paie les pots cassés »
- D : « après 6/7ème mois elles commencent à être suivies en milieu hospitalier, donc très peu »
- E : « elles se posent la question plutôt au 3ème trimestre de grossesse, et à ce moment-là elles sont suivies par des gynécos ou les sages-femmes »
- F : « y'a des femmes qui viennent se réfugier ici... on en discute, la plupart du temps, c'est elles qui m'abordent à ce sujet quand elles amènent le nourrisson »
- H : « si elles ont décidé d'être suivies par un excellentissime gynécologue ou par une excellentissime sage-femme qui ne sera jamais là le jour de leur accouchement (!!) ... mais je continuerai de les prendre ne charge après jusqu'à la fin du 3ème mois d'allaitement »
- I : « je pallie aux autres intervenants, j'interviens après eux »
- L : « j'aimerais bien être un intervenant de première ligne mais je le suis de moins en moins »
- O : « j'interviens après quand elles ont des problèmes »
- Q : « on est sollicité finalement plus pour les problèmes de l'allaitement... pour les problèmes locaux »

Il est à noter qu'aucun d'eux n'a évoqué le fait d'en parler lors des consultations pré-conceptionnelles ou lors du suivi régulier des femmes et des couples.

F. La délégation a d'autres professionnels de la gestion de l'allaitement maternel

1- Certains prennent seuls en charge et se sentent à l'aise pour le faire :

A : « j'adresse peu chez le gynéco pour l'allaitement, ce sont souvent des problèmes qu'on peut gérer ensemble, elles savent que j'ai eu 3 enfants ... j'imagine qu'elles se disent : « elle pourra m'aider » ..., « je n'ai pas besoin en général de le faire (d'adresser à d'autres), on gère bien ça ! »

C : « quand une maman a des problèmes je sais comment conseiller »

G : « je l'aborde parce que ça m'intéresse »

K : « ça ne me pose aucun problème, ... à même de prodiguer un certain nombre de conseils ... je n'ai pas le souvenir d'avoir adressé mes patientes à des confrères »

2- D'autres prennent en charge, même si parfois ils se sentent dépassés mais n'adressent pas à d'autres intervenants :

F : « je prends malgré tout le temps de voir les personnes que je vois... je ne vais pas m'amuser à envoyer ici et là les personnes que je vois sinon ça sert à rien que je les vois, je ne leur serai d'aucune aide, c'est à moi de faire le boulot... »

H : « quand elles ont des soucis, on en parle, si on arrive à trouver des solutions c'est très bien, sinon, on arrête là »

3- Certains n'hésitent pas à communiquer d'emblée ou secondairement des contacts aux femmes allaitantes (sages-femmes, PMI, Associations) :

B : « elle y arrivera si je lui donne les bons interlocuteurs après... je vous adresserai... numéro de sages-femmes, je les oriente, je pense les aider même si moi j'peux pas grand-chose pour elles »

D : « Si le problème persiste, si elles n'ont pas déjà arrêté, j'peux les mettre en contact avec une sage-femme pour les aider »

E : « j'ai déjà donné les coordonnées d'une conseillère en lactation, moi je ne suis pas spécialisée en lactation »

I : « il peut m'arriver de leur communiquer le numéro de la PMI pour qu'elle soit accompagnée régulièrement, si elle est angoissée par rapport à la prise de poids de bébé »

J : « demande d'emblée si elles ont pris contact avec la Leche League, c'est génial ils sont supers il y en a dans toutes les régions, pas culpabilisantes, aidantes, disponibles, prévenaient de la baisse de lait maternel au 7ème et 21ème jour et ça, c'est important d'être prévenue »

L : « s'en sortir dans son allaitement, qu'elle a besoin d'un soutien... j'veux dire... plus que ce que je peux lui proposer, j'utilise quand même pas mal la Leche League ... connaissent tous les petits trucs, je ne les renverrai pas forcément vers un gynéco ou une sage-femme... discours assez cadré et modélisé la dessus... »

P : « si elles ont l'impression de ne pas avoir assez de lait, je les adresserai chez une sage-femme et je leur donnerai de procéder à un allaitement mixte »

4- Certains émettent une réserve quant au suivi en PMI et y envoient peu ou pas leurs patientes

O : « [...] on leur donne le numéro des PMI où elles peuvent y voir là-bas des sages-femmes, mais la plupart du temps elles y ont été un peu déçues ... pas très sympathiques, pas très soutenant, échange ne l'aura pas convaincu »

C : « je ne vois beaucoup d'enfants [...] les nourrissons sont vus par la PMI » (regrets)
J à la question : « Ont-elles un suivi [...] par la PMI ou les sages-femmes? », répond :
« Ah bah non pas forcément... par contre, elles sortent toutes avec l'idée qu'il faut peser le bébé souvent, alors ça, pour ça oui, je trouve ça d'un angoissant terrible !!! »

4. La position de médecin généraliste traitant

De nombreux médecins pensent que **leur position de médecin généraliste traitant** est un **atout** pour parler du type allaitement avec la femme dont il assure le suivi :

A : « oui (position privilégiée) des fois elles sont suivies par gynéco, ont un pédiatre mais demandent pourrai- je être suivie pour l'allaitement ? »

D : « on a une réelle place pour les accompagner »

G « un lien très serré avec les patientes du fait d'un suivi rapproché et de confiance », « Je les tutoie parfois, on discute, presque comme des amies qui partagent des conseils, et ça c'est vrai que ça joue... »

H : « ma position est spécifique, prioritaire et de confiance, toujours ! Première place, médecin traitant, médecin référent... Ce qui la convainc le plus c'est la confiance qu'elle a en moi,... qu'elle se laisse suivre par un homme qui a 60 balais c'est qu'à priori, elle a confiance en lui »

L : « faut un discours très personnalisé et adapté pour que ça marche, pas quelque chose de standardiséContact rapproché : tous les jours, nous appeler, contact très étroit, besoin d'un soutien »

K : « ma position est celle d'un médecin généraliste qui suit des femmes qui confient leur santé à un médecin traitant »

Q : « je pense qu'on est en meilleure position pour répondre à la femme sur les bienfaits de l'allaitement maternel »

A. Le rôle technique médical

A.1 Tous les médecins rapportent voir régulièrement au cabinet des **complications mammaires**, généralement toujours les 3 mêmes... **engorgements, crevasses et irritations du mamelon, lymphangites et problèmes inflammatoires**. Beaucoup précisent comme nous l'avons vu plus haut que cela représente l'essentiel de leurs sollicitations et prise en charge en rapport avec l'allaitement. Il est à constater qu'aucun n'évoque avoir rencontré de mastite ni même d'abcès, à part G avouant que « c'est extrêmement rare ».

Éléments de réponse apportés

Réassurance et conseils pratiques : A, C, D, G, K, M, et P

Positions revues d'allaitement : A, E, I, M, O, et Q

Homéopathie: A et P

Prescription de paracétamol: A, K, et P

Boudin / coussin d'allaitement: J et G

Tirer son lait: C, D, I, et K

Soins du mamelon et crèmes: I, D, M, O, et Q

Adresser sage-femme conseillère lactation en deuxième intention: D, P, et E

Diminuer les stimulations: J

A.2 Une large majorité rapporte les interrogations des femmes allaitantes sur les entraves à la poursuite de l'allaitement

a) La reprise du travail

Les éléments de réponse apportés sont :

- Espacer les tétées avant reprise du travail : A
- Choisir un mode de garde, anticiper l'organisation : G
- Prescription d'arrêt de travail : B, J, O, G, et Q
- Prescription d'un tire-lait : A, G, M, N, L, et Q
- Recours à l'homéopathie pour sevrage en douceur : A et C
- Organiser sevrage : A, B, C, K, N, O, H, I, P, et Q
- Proposition d'allaitement mixte: L M, F, et G

Concernant les lois prévues par le Code du Travail donnant des droits à la femme allaitante, parmi ceux qui se sont exprimés:

- M, N, L, et Q les connaissent, les communiquent mais sont dubitatifs quant à leur aide au maintien d'un allaitement
- F ne les connaît pas bien
- A, B, C, D, G, I, et P ne les connaissent pas

b) Hypogalactie

9 médecins ont évoqué l'hypogalactie comme 1^{er} problème rapporté par les mères qui allaitent: A, B, C, D, F, J, L, N, P, et Q

2 médecins rapportent une inquiétude évoquée par la femme allaitante quant à la qualité de leur lait :

- Un des médecins s'est exprimé sur le sujet et décrit avoir des difficultés à leur faire passer le message qu'elles ont trop d'inquiétudes et que l'angoisse les fait douter. Un autre médecin s'interroge lui sur le fait qu'il peut y avoir des femmes : « meilleures nourricières » que d'autres.
- Certains ont insisté sur l'angoisse que ça génère chez elles :
B : « *elles crisperaient* », C : « *complètement affolées* »

Les éléments de réponse rapportés sont :

- Conseils : A, C, et P
(Conseils nutritionnels en préventif pendant la grossesse précisés par C)
- Homéopathie : A, C, et P
- Sommeil et Repos: A
- Boissons plus abondantes : J
- Bien manger : C
- Adressé à une sage-femme ou conseillère lactation: D, J, et P
- Paroles de réassurance : C
- Stimulation : F et J

Maintenir contact rapproché : L
Introduction Biberon lait maternisé 2ème intention : D et P
Compléments nutritionnels pour la mère allaitante : C et D

5 médecins ont parlé spontanément ou en réponse à des questionnements de la mère allaitante de **l'alimentation à préconiser** pendant l'allaitement: C, G, H, O, et P.

6 médecins pensent que donner des compléments alimentaires, des galactogènes ou avoir recours à l'homéopathie peut avoir une influence sur l'allaitement: A, C, D G, J, et P (pas de précision donnée sur l'effet réel ou placebo)

c) Les questions relatives à l'enfant : leur prise de poids et la prise effective des tétées sont des soucis abordés

Les éléments de réponse rapportés sont :

Absence de pleurs du bébé (rassasié) : F et M
Pesée des bébés : G et O
Pas de pesée systématique : J et K
Éveil et tonicité de l'enfant : O
Introduction d'un biberon si mauvaise prise de poids : O
Réassurance de la mère : G et M
Conseils pratiques : M
Écoute et soutien de la maman dans le péri partum : G
Révision des positions d'allaitement et observer tétée de bébé : J
Boire suffisamment: K

A.3 Réticences psychologiques

9 médecins évoquent le fait d'être dépositaires de quelques considérations et quelques freins à la mise en route ou à la poursuite et nous en parlent :

Souci esthétique d'une poitrine tombante : D, E, H, et J
Lien exclusif et accaparant de l'enfant avec la mère irremplaçable: D, F, G, et J
Représentation sexuel du sein: D, E, et J
Pudeur : G et J
Réticences non étayées affirmées: K et N
Vécu et représentations familiales négatives : O
Le médecin P fait remarquer qu'elle a constaté à plusieurs reprises le désir d'avoir une césarienne et ne pas allaiter comme étant des évènements concomitants chez les futures mères.

A.4 Rythme des tétées

Quelques médecins rapportent des questions en rapport avec la fréquence des tétées et des plaintes en rapport avec une fatigue du fait d'un rythme trop soutenu des tétées ou de régurgitations de trop plein.

A, C, G : évoquent le fait de dire aux mamans qu'il faut privilégier un allaitement libre ou à la demande.

J soutient qu' *«il faut préparer psychologiquement la maman à aménager beaucoup de son temps pour s'occuper de bébé afin qu'elle ne se sente pas débordée»*

G rapporte qu'il va rechercher des *«tétés trop rapprochées»* si *«bébé régurgite beaucoup»*.

A.5 Sevrage

4 médecins ont abordé la question du sevrage de l'allaitement maternel et le questionnement suscité chez leurs patientes :

Aucun médecin ne va apporter une réponse médicamenteuse à sa patiente sauf des prescriptions homéopathiques.

Le sevrage progressif est conseillé par la majorité qui s'est exprimée sur le sujet.

Certains préconisent d'anticiper le sevrage avant la reprise du travail pour : *« habituer l'enfant »* cf. ci-dessus.

B. Les facteurs déterminant leurs positions

B.1 Expérience personnelle

Une grande majorité des médecins estiment que leur **expérience personnelle** ou celle de leur compagne a eu une influence sur les conseils et la prise en charge des patientes au sujet de l'allaitement maternel et de ses complications.

Cette influence peut être plutôt **favorable** à l'allaitement maternel

Médecins Femmes :

A : *« elles savent que j'ai eu 3 enfants que j'ai allaités... donc j'imagine qu'elles se disent : « elle pourra m'aider », je pense que je m'y intéresse parce que je suis femme, maman, je fais de la gynéco, mon mari médecin s'en préoccupe moins, un peu quand même, du fait que j'ai allaité »*

B : *« c'est plus mon expérience de mère je dirais qui va me permettre de conseiller »*

C : *« je m'en suis très bien sortie... je sais quand il y a un problème... C'est moins compliqué que d'aller faire un biberon, comme je l'ai vécu 4 ans »*

G : *« moi, je témoigne sur le plaisir que ça procure d'allaiter son enfant », « ...c'est pas vrai, vous trouvez que j'ai une poitrine qui tombe ? », « avec les gros boudins que j'ai découvert avec l'allaitement de mes belles filles ... allaitement très agréable... »*

J : *« ayant allaité 3 enfants (...) 8 mois, je pense que je suis capable de donner un certain nombre de conseils », « par expérience (...) c'est pas forcément le cas »*

P : *« j'ai allaité je suis pour »*

Médecins Hommes :

D : *« j'ai été à ses côtés ... 6 enfants allaités »*

H : *« mes convictions sont très affirmées là-dessus, on regarde les petits noirs de moins de 3 mois ils sont en pleine forme, et à partir de 4/5 mois ils deviennent rachitiques »* (médecin spécialisé médecine tropicale ayant fait de la médecine humanitaire)

- K : « 3 enfants (...) ma femme a allaité, ça m'a sans doute influencé dans ma pratique... »
- L : « discours (...) surtout sur ce que j'ai vécu (...) ayant eu des enfants allaités (...) ça s'est très bien passé (...) argument plus solide », « jeunes médecins n'ont jamais tenu un nourrisson (...) sont gênés »
- L : médecin homme, ayant eu une expérience personnelle par l'allaitement de son épouse de 4 mois pour leurs 2 enfants : « mon discours s'étaye sur ce que j'ai lu mais surtout sur ce que j'ai vécu, ayant eu des enfants qui ont aussi été allaités...ça s'est très bien passé, c'est un argument plus solide je pense »

Cette expérience personnelle peut être parfois plutôt **défavorable** à l'allaitement maternel

- I, médecin homme n'ayant pas expérimenté d'allaitement avec son épouse, ayant un ressenti négatif du fait de son observation clinique et un souvenir personnel non plaisant : « j'ai vu ma mère allaiter mon frangin et(...) les souvenirs de sevrages difficiles, avec des mères qui ont du mal à lâcher le cordon, des régressions... »

Mais une expérience personnelle **plutôt négative au sens d'une certaine frustration peut aussi amener à soutenir l'allaitement maternel**

- B, femme médecin, à l'expérience personnelle assez courte parce n'avait pas été encouragée ni aidée, en exprime son regret en fin d'entretien : « c'est plus mon expérience de mère ... qui va me permettre de conseiller.. », « Je n'avais pas été accompagnée, non... je leur en veux beaucoup, y'avait rien eu, le grand vide dans l'accompagnement »

B.2 Expérience professionnelle

L'expérience professionnelle en gynéco obstétrique et en pédiatrie, ou dans d'autres formations et de manière plus générale l'ancienneté en tant que médecin généraliste traitant sont selon certains praticiens un **réel atout** pour informer, conseiller et soutenir efficacement :

- A : « comme elles savent que je fais de l'homéopathie ... je peux utiliser pour gérer les insuffisances de montées laiteuses, arrêter plus facilement, problèmes d'engorgement »
- D : « moi ça fait 30 ans que j'en fais que je vois des femmes et que je suis des enfants (après il y a des modes plus pédiatres/ moins pédiatres), il faut avoir l'habitude ... pour pouvoir donner les bons conseils »
- M : « je pense qu'en tant que médecin traitant, on a une relation privilégiée avec les patients, parce qu'on les voit depuis plusieurs années... »
- Le savoir médical ne suffisait pas selon L:
- L : « parce que quand je vois par exemple des jeunes médecins ou étudiants de D3 qu'on a sans expérience personnelle, parfois même pour l'examen du nourrisson, ils sont gênés parce qu'ils n'ont jamais tenu un nourrisson, ils ne sont pas à l'aise »

Certains médecins modèrent leur position par un **effet sexe**

- A : « je pense que je m'y intéresse parce que je suis une femme, maman, que je fais de la gynéco, mon mari médecin s'en préoccupe moins...
- I : « si tu demandais à une femme médecin t'aurais effectivement pu avoir une réponse positive, mais un vieux comme moi ... »
- L : « alors peut être qu'étant un homme, je serais un moins bon interlocuteur qu'une femme médecin généraliste qui serait à même de en tant que médecin homme on

est peu dépositaire de ce genre de confidences... je suis très gêné en tant que mec de parler de ça quoi... »

Q : « surtout en tant que médecin homme »

B.3 Les représentations intellectuelles de l'allaitement maternel

1- Les médecins, qui jugent leur position comme devant être surtout un **accompagnement relativement** neutre de la femme pour l'aider à faire son choix, justifient volontiers cela à partir de plusieurs dimensions vis-à-vis de l'allaitement :

◆ Éthiques

E : « c'est la décision de la femme, décision personnelle, c'est son corps, décision intime c'est elle qui décide »

N : « nous on est là pour l'informer sur les avantages et inconvénients du stérilet, de l'implant mais en aucun cas on va choisir pour elle »

◆ Philosophiques

N : « je pense que c'est à la femme d'allaiter, c'est à elle de choisir ! De décider, j'ai les mêmes positions que Elisabeth Badinter »

I : « moi je vois l'allaitement artificiel comme le fait de pouvoir aller travailler comme tentative de maîtrise du corps biologique... Il y a des femmes qui ont accompli de grandes choses sans avoir été mère ! Simone de Beauvoir n'a pas été mère à ce que je sache ! Et elle est étudiée jusqu'à Prince Town au département littérature étrangère ! Je ne suis pas sûr que la seule voie pour s'accomplir ce soit la maternité si on est une femme ! C'est comme si un monsieur ne pouvait s'accomplir qu'en procréant... y 'a d'autres femmes qui ne se voient pas ravalées comme au rang de la bête quoi... Il n'y pas de supériorité de l'allaitement maternel en tant que tel !... moi-même été élevé avec laits artificiels maternel, ma femme : non, c'est une grande admiratrice de Simone de BEAUVOIR rires »

« au hasard de mes lectures, j'ai trouvé Lacan qui citait Saint Augustin qui disait qu'il avait vu sa mère allaiter son cadet, et qu'il avait eu envie de tuer son frère, celui même qui avait pris sa place... et moi j'avais vu ma mère allaiter mon frangin... »

F : « faut considérer qu'on est au 21ème siècle, l'Homme a changé et vit avec ses contraintes, je dis pas que l'Homme a changé, d'ailleurs je dis à mes patientes que l'Homme est le même qu'au temps des cavernes pour ce qui est physiologique, sauf qu'en plus il y a une civilisation derrière ... »

◆ Incertitude scientifique

F : « Je croyais qu'on en était revenu et qu'on était passé à 4 mois (d'allaitement exclusif recommandé)... qu'il fallait favoriser la diversification parce que l'exclusif favorisait un certain nombre d'allergies... »

I n'apportera aucune précision quant aux bienfaits de l'allaitement maternel car il semble ne pas être convaincu de ses atouts, il est à noter qu'il n'a pas vécu une expérience personnel d'allaitement maternel: « Je ne suis pas intimement persuadé que ce soit essentiel à la santé physique ni à la santé morale ... c'est plus du ressenti que des certitudes »

K : « (je) pense qu'il représente un avantage seulement en terme de lien effectif mère-enfant et que ça nécessiterait une étude : ça n'est peut-être que du ressenti »

N : « au vu de la faiblesse de certaines études, on n'est pas à faire des discours pro de la HAS qui a été complètement manipulée par la Leche League, lobbying vs autre type allaitement ... couple enfant –mère, c'est assez ambigu... Voilà... voire effrayant ! »

◆ Pragmatiques

I : « si j'étais une femme ça m'énerverait d'être soumise aux menstruations, être obligée d'allaiter parce que des autres pensent que c'est mieux que j'allaite... »

B : « elles crispieraient à ne pas réussir à nourrir leur tout petit, l'enfant sera bien si la mère est bien avec le mode d'allaitement qu'elle a choisi »

J : « l'allaitement il faut être à 100% sinon ça ne fonctionne pas, déterminé dès le départ, je pense que c'est personnel, il vaut mieux un biberon bien donné qu'un allaitement mal fait, hein ça, c'est clair ! ...période se passe le mieux possible pour elles et leur enfant »

Q : « La simplicité du lait artificiel séduit plus les françaises »

M : « l'allaitement c'est beaucoup une question de bon sens, il faut regarder bébé, ... voir ce qui se passe... c'est assez intuitif... l'essentiel, c'est d'être bien avec son bébé

2- Les médecins se positionnant dans un rôle de promotion font volontiers référence

-À leur **expérience personnelle** cf. ci-dessus

-À une adhésion aux arguments présentés comme **scientifiques**

A, D, C, G, H, L, O, et P sont convaincus de la supériorité de l'allaitement maternel

H précise que le lait maternel est supérieur au lait maternisé « *pendant les 90 premiers jours de la vie de l'enfant* », Par ailleurs il précise que laits maternisés et maternels ne sont pas équivalents et qu'allaiter fait partie d'une politique de *cocooning* pour l'enfant en le protégeant notamment de la coqueluche, et ajoute en fin d'entretien que les scientifiques ont prouvé la supériorité du lait maternel.

D a évoqué qu'une des raisons pour lesquelles l'enfant allaité est un enfant moins malade pourrait être liée au fait qu'il n'est pas en « *collectivité* » et n'est « *pas en contact avec tous les virus* ».

-À une **mission professionnelle non discutable** qui leur est confiée de promotion de l'allaitement

A : « le médecin généraliste doit être informel »

Q : « notre rôle en tant que médecin généraliste est tout de même de les inciter, leur dire les avantages »

-À une vision de **bien être, d'harmonie**

L rapporte une image d'une certaine «*harmonie et de bien être dans le tableau d'un enfant au sein de sa mère*»

C. La collaboration entre intervenants

1- Une grande partie des médecins considère qu'ils ont un **rôle complémentaire** de celui des autres intervenants:

B : « c'est un peu le rôle de tout le monde, oui oui je leur communique le numéro de sages-femmes»

D : « rôle complémentaire »

G : « on fait partie de l'équipe quoi »

J : « ils sont super la Leche League.... Elles ne sont pas culpabilisantes... »

K : « il m'est arrivé de suivre un peu plus longtemps avec l'accord des confrères gynécos parce que c'étaient des femmes qui ne présentaient pas de souci particulier.... quand je l'adresse à l'hôpital, souvent je leur adresse un courrier résumant sa grossesse jusqu'alors, et je mentionne le fait de son désir d'allaiter ou pas, et je laisse à la sage-femme le soin d'aborder la question avec elle de manière plus développée »

M : « c'est vrai qu'elles voient les pédiatres pour leurs nouveaux nés, mais nous aussi on est à même de les voir et d'en discuter avec elles... » (en parlant du type d'allaitement du bébé)

2- Cette coopération est **souhaitée**

B : « une meilleure coordination maternité / médecin généraliste traitant pour plus de cohérence et éviter de faire culpabiliser les patientes / hiatus entre corps médical et réalité », « sortir avec de bons conseils au moins »

C : « plus d'informations à l'initiation à la maternité ... c'est pas idéalement expliqué à l'hôpital ... donc on doit reprendre les choses pour lesquelles c'est déjà trop tard »,

D : « meilleure coopération médecin généraliste / maternité et homogénéisation des discours et des conseils, faire sortir les couples mères enfants après montées de lait et gestion des tétées »: « deuxième jour ça ne marche pas, hop on leur donne un biberon, et puis on revient pas sur le fait qu'on peut réessayer d'allaiter après, hop c'est fini ! si on leur donnait comme message, ça fonctionnent pas bien, on vous aide mais vous pouvez toujours réessayer y'en a beaucoup plus qui allaiteraient »

K aimerait : « meilleure coordination entre acteurs de soins, du fait d'un manque de temps en consultation pour analyser le cadre de vie de sa patiente, pense qu'elle n'est pas en meilleure position pour : « aider la patiente » et l'adressera à des sages-femmes : « bons interlocuteurs » » ; ne semble pas se plaindre d'être en second plan sur ce sujet-là.

H : « il faudrait leur proposer le passage d'une sage-femme à la maison pour les aider à l'initiation, ça serait une bonne piste, mais le problème c'est qu'elles sont peu nombreuses... acte qui serait pris en charge à 100% par la sécu... n'aurait quasiment que ça comme activité »

◆ La complémentarité est plutôt appréciée en tant que mode de prise en charge différente plutôt qu'une délégation de tâche ou de compétence sauf E qui «ne» se dit « pas spécialisée en lactation » et « donne les coordonnés de la PMI et des conseillères en lactation » d'emblée...

◆ Certains médecins rapportent qu'encourager les **groupes de pairs** pour partager l'expérience positive de l'allaitement est utile pour plus favoriser les femmes à l'allaitement maternel en améliorant leur qualité de vie et la durée de l'allaitement.

K en répondant à la question au sujet de la semaine mondiale de l'allaitement dit : « c'est une chose positive le partage d'expérience »

Q : « cours interactif, ... afin qu'elles sachent qu'elles ne sont pas seules »

O : « réunions de femmes dans les services de maternité, des groupes de paroles »

B, par contre, vante : « les cours de préparation à l'accouchement en groupe sur l'allaitement », mais ne s'est pas prononcé sur l'effet positif de l'interaction au sein de réunions de partage d'expériences.

3- Cette coopération dans les faits est ressentie et jugée dans les faits de façon variable

- Dans un vécu de **position secondaire** ou de moins bonne position par rapport aux autres intervenants

B : « Plutôt en second plan, moi je ne peux pas grand-chose pour elles... »

C : « elles sont suivies par les gynécos qui ne font pas toujours leur travail de médecin, il peut se trouver qu'on les voit en fin de grossesse, ça arrive mais pas tout le temps, le suivi nous échappe un peu »

E : « les généralistes on n'est pas les mieux placés en cabinet pour la mise en route, je pense que c'est plutôt les sages-femmes et les puéricultrices ; structures un peu plus orientées là-dessus »

I : « Extrêmement passif je pallie aux autres intervenants c'est à dire, j'interviens après eux »

L : « j'aimerais bien être un intervenant de première ligne, mais je le suis de moins en moins... »

- **Regrets**

O : « en général c'est à la maternité que se décide l'allaitement ou pas »

Q : « c'est pas tellement notre place, on manque un peu d'habitude maintenant dans ce genre de situation, les mamans ont l'habitude très ancrée de consulter les pédiatres, ce qui biaise mon appréciation, et ce, même, s'il y a de moins en moins de pédiatres »

L : « Et contre ma volonté quoi... »

- Dans un vécu de **peu de besoin de collaboration**

A : « non, C'est vrai que ça m'arrive rarement, mais parce que je n'ai pas besoin en général de le faire, on gère bien ça, ... j'adresse peu chez le gynéco pour l'allaitement en lui-même... on peut régler (ça) ensemble »

J : « Par rapport à mes confrères, je ne me positionne pas, chacun fait comme il veut »

- Dans un vécu de **coopération inopérante ou irréaliste dans les faits**

B : « les auxiliaires de puériculture sont les premières à ne pas vous encourager, voire vous décourager, il y a un vrai problème d'aide à la mise en route »

C : « c'est pas idéalement expliqué à l'hôpital, donc on doit reprendre les choses pour lesquelles c'est déjà trop tard »

D : « le problème c'est que je pense qu'à l'hôpital ou à la clinique, dès la naissance de bébé, on le met au sein, mais aussitôt que le lait ne sort pas immédiatement, ils leur disent : bon on arrête... »

L : « J'ai l'impression d'être moi, de plus en plus marginal par rapport à ce thème là... qu'on risque d'être disqualifié. »

F : « Ce qui se passe c'est que les femmes on ne les voit plus après 6 mois de grossesse et jusqu'aux 1 ou 2 mois de l'enfant, donc je ne suis pas vraiment initiateur du sujet ...on est pris dans un cadre : moi je suis fort indiscipliné et anarchiste, et à chaque fois ça

ne me va pas, qu'il faut arrêter de s'occuper du médecin généraliste, il n'en peut plus »

- B : « Il y a un vrai problème, en tous cas d'après ce que je vois ici, d'aide à la mise en route de l'allaitement... on leur donne rapidement un complément alors même qu'elles n'ont pas eu leur montée de lait, c'est embêtant ... arrêtent, et arrivent ici ... je n'ai pas envie de les culpabiliser »: « Nous on les voit après, puisque c'est les pédiatres qui les revoient à 8 jours puis à un mois. »*
- C : « le généraliste ne voit plus les femmes enceintes en fin de grossessele suivi nous échappe un peu, les gynécos ne font pas toujours leur travail de médecin »*
- E : « des questions au troisième trimestre et à ce moment-là elles sont suivies par les gynécos ou les sages-femmes des services de gynéco / obstétrique »*
- J : « quand elles n'ont pas été happé par les pédiatres et gynéco, il m'arrive bien sûr de les revoir pour leur suivi ou pour l'allaitement »*
- K : « j'ai souvent été en conflit avec des sages-femmes qui considéraient les médecins généralistes comme des ignorants... je me souviens même d'un pédiatre qui considérait que c'était un crime de confier son enfant à un médecin généraliste ... partagée par pas mal de sages-femmes ne m'a pas inciter à leur adresser mes patientes »*
- F : « Ce qui m'ennuie avec ces consultations spécifiques de prévention : tabac, alcool ou pourquoi pas allaitement : c'est que nous, médecins généralistes, ça ne nous soulage en rien ! C'est-à-dire que pour vous faire un parallèle avec les consultations douleurs : quand on ne sait pas comment traiter, on les y envoie, et souvent ils en ressortent, et y'a pas un traitement de plus.... Je veux dire voilà la médecine qu'on décline aujourd'hui »*
- I : « Groupe de pressions, j'aime pas beaucoup ça, ça me fait penser aux associations contre l'avortement, c'est des questions tu ne sais pas si c'est bien ou pas, groupe de pairs... pourquoi pas »*
- F : « (associations pro allaitement et) conseillères en lactation, je suis assez contre ... (rires)...., je suis un peu méfiant »*

- La plupart des médecins ne connaît pas l'existence d'associations de soutien pour l'allaitement maternel et pour I, J, F, L, et N qui connaissent leur existence c'est la Leche League seule qui a été citée.

D. Manque de temps

Le manque de temps en médecine générale est un argument qui revient souvent dans les propos des médecins :

- A : « mais il y a tellement de choses à faire, de paperasseries, j'ai pas le temps de tout aborder, difficultés pour promouvoir l'allaitement : le manque de temps c'est tout, on n'a pas le temps en consultation »*
- B : « par manque de temps, il faut analyser la situation au domicile... »*
- C : « on peut pas tout dire »*
- E : « c'est vrai qu'on manque toujours de temps en consultation de médecine gé, c'est toujours ça le problème »*
- F : « une consultation dure quoi : 20mn, (...) faut arrêter ça devient du délire », « l'agenda était plein tout seul... qu'on me demande de faire tout un tas de trucs de prévention... je n'ai pas le temps de les faire »*

H : « pas par les médecins généralistes... On a trop de travail »

Q : « temps de chaque consultation l'Oise est un des départements les plus tendu au niveau de la consultation en médecine générale, timings pas toujours favorables pour aborder cette question-là, le temps manque, mea culpa »

E. La formation

♦ Ils sont peu nombreux à évoquer le fait qu'ils ont un **manque de formation** quant à la **physiologie de l'allaitement et sa mise en route pratique** sur l'ensemble des médecins interrogés:

A : « et puis, ... à la fac on ne m'a pas parlé d'allaitement... ou très peu »

H : « alors effectivement, au lieu d'apprendre des conneries comme donner des médicaments contre la maladie d'Alzheimer, on devrait plus en savoir à ce sujet, mais, c'est pas fait....dans le cadre d'une formation gynéco obstétrique ça devrait être plus développé parce que le bien-fondé de l'allaitement maternel est essentiel... mais.. ça n'intéresse pas... »

E : « moi je ne suis pas spécialiste en lactation, on n'est pas bien placé pour ça, moi, j'sais pas, ... au niveau de mes diplômes euh... j'pense que si j'avais pas allaité, j'aurais eu 0 connaissances »

Q (recommandations : 6 mois d'allaitement maternel exclusif et 2 ans dans le cadre d'une alimentation diversifiée) : « je ne pensais pas que c'était autant »

♦ Un doute sur l'utilité d'une formation

Cela concerne surtout les médecins dont l'expérience personnelle est un déterminant majeur de leur pratique.

8 ne **sont pas convaincus** du fait qu'une plus grande **généralisation de la formation** tant initiale que continue améliore le taux d'allaitement maternel et sa durée

B : « je ne pense pas »

C à la question : « une formation plus répandue au sujet de l'allaitement maternel aurait-elle selon vous un impact sur les patientes ? », ce médecin femme nuance sa réponse : « certainement, je ne sais pas s'ils prennent le temps de le faire... ça dépend s'ils sont assez à l'aise avec l'allaitement.. »,

D : « non...c'est personnel, c'est une question de nanas quoi... »

J à la question: «une formation plus répandue au sujet de l'allaitement maternel aurait-elle selon vous un impact sur les patientes », elle répond: «si ça les intéresse oui! Mais seulement si ça les intéresse,.... je pense qu'il faut partager son expérience... pas 2 ou 3 conseils sans s'intéresser réellement au sujet... sinon l'observance sera moindre!»

K : « La formation (...) on donne beaucoup d'informations, mais je ne suis pas sûr qu'elles soient bien appliquées par la suite » K précise sa pensée : « la formation, c'est un guide, mais ce que vous avez en face de vous, c'est un patient, un individu, avec une histoire, une vie, plein de choses!, la recommandation si ça se trouve, elle n'est pas bonne pour lui, et si elle ne l'est pas, il ne faut pas l'appliquer... »

L : « impact très périphérique (...) notion de bon sens »

N précise même en réponse à cette question que : « l'information délivrée sert aux femmes à mieux choisir » et : « non pas à être incitée ou forcée » et compare ça au choix de la contraception : « elles sont libres de choisir leur contraception » il commente d'ailleurs la

question posée : « on voit avec elle ce qui pourrait lui convenir, votre position m'a l'air assez militante !

◆ 5 sont **favorables** sont partisans de renforcer leurs « savoirs » en matière d'allaitement maternel quant aux aspects physiologiques et bienfaits, leurs convictions quant à l'aspect relationnel, l'aspect socioculturel de la question ou encore les différents dispositifs techniques ou juridiques existants.

Certains pensent que se former à une approche plus globale du patient aurait un impact certain. (G)

Ils pensent que dans ce sens-là un impact positif pourrait s'opérer sur leurs pratiques, les situant dans une démarche plus établie et de santé préventive.

G : « art-thérapie... activer les réseaux sensoriels... faire appel à ses sensibilités personnelles, ça permettrait de mieux prendre en charge les patientes »

F : « pour un certain nombre d'informations techniques, de numéros de centres où adresser... », « Les études ne montrent elles pas que le co-sleeping représente un réel danger et est une cause de mort subite du nourrisson ? ... il faudrait que je revoie... »

H : « effectivement, ... je pense qu'on en parle même pas, ça n'intéresse pas.. »

O : « Tout à fait... impact sur l'allaitement maternel de leurs patientes mais aussi et surtout d'avoir des consultations dédiées et personnalisées avec les patientes »

Q : « oui, sûrement, les informations ne viennent pas assez à nous... on en va pas à la pêche aux infos, si les infos ne viennent pas à nous....et le manque de temps fait que... »

F. Les recommandations

En réponse à la question confrontant leurs pratiques aux recommandations de l'OMS
tous les médecins interrogés ont une réaction spontanée :

◆ **Un temps d'arrêt** A, C, E, G, O, et P

J ajoute: « il faut promouvoir quand et comme on peut ! »

◆ **Une onomatopée dubitative et de surprise**

C : « je ne me sens pas en difficulté, pause....c'est la société qui fait que c'est difficile pour la patiente »

F : « je croyais qu'on en était revenu, qu'on était passé à 4 mois, que les allergo avaient dit qu'ils s'étaient largement planté, j'essaie de suivre mais ça change assez souvent quand même... »,

I : « je ne m'y oppose pas, » L : « je n'avais pas cette notion-là »,

M : silence surpris

Q : « je ne pensais pas que c'était autant, faudrait déjà les connaître, avec des recommandations qui sortent de partout... c'est toujours pareil, le manque de temps ! »

◆ **De l'ironie**

B : rires

D : rires : « ça ne s'est jamais vu »,

H : « c'est pour les pays en voie de développement ces recommandations ! »,

K : « rien ne m'empêche de dire aux femmes d'allaiter exclusivement 6 mois et 2 ans en diversifié »,

N rires : « il y a eu d'autres contres études !! »

Quand il leur est demandé de se positionner par rapport aux recommandations OMS :

Pour la plupart d'entre eux, 6 mois d'allaitement exclusif et 2 ans ou plus dans le cadre d'une alimentation diversifiée **ne représente pas une priorité dans les démarches à encourager**, évoquant divers arguments :

Jugement émis selon les représentations personnelles du médecin:

- A : « ne soutiens pas les patientes qui allaitent 2 ans »
D : «... enfin 6 mois : c'est long!, c'est personnel...»
F : « je crois bien que 6 mois c'est un peu trop long quoi...»
J : « je pense que 3 mois, c'est un bon compromis»
Q : « ça me paraît difficile»

L n'émet pat de jugement : « Je ne fixe aucune barrière, c'est « comme vous le sentez » après, dans les suites de notre entretien, effectivement, je peux leur dire : 6 mois, mais si elles me demandent « combien de temps je peux allaiter » je leur dis : « autant de temps que vous voulez »

Difficilement applicable à la vie des femmes et sécurité et qualité des laits maternisés sont les principales justifications

- B : « le boulot des femmes... entrave à la poursuite de l'allaitement maternel ... qualités nutritives des laits maternisés sont très bonnes pas de crainte »
C : « la reprise du travail et la société qui est en difficulté, pas le médecin généraliste, à 18 mois c'est juste du plaisir »
D : « c'est la vie active des femmes, ... retravailler à 2 mois ½, j'vois pas comment elles pourraient allaiter 6 mois... ce n'est pas du ressort du médecin traitant de faire appliquer ces recommandations, ça devrait être publié dans la presse vous imaginez, si elle doit reprendre son boulot : ça rend les choses complètement impossibles! », « au lieu de payer des gens à rien faire, on devrait laisser les mères s'occuper de leurs enfants 6 mois, »
F : « je leur dis c'est pas grave, vous pourrez continuer d'allaiter matin et soir, c'est très sympa, introduire un biberon pour le jeu »
G : « 6 mois exclusif quand on reprend une activité c'est un peu compliqué quand même
J : « il faudrait que la femme soit en arrêt 6 mois parce que sinon c'est quasiment impossible, matin et soir c'est encore gérable », « c'est pas parfait mais c'est adapté à la réalité. »
K : « Le problème c'est les obstacles qu'elles vont rencontrer ... le frein essentiel c'est la reprise professionnelle »
« la recommandation si ça se trouve elle n'est pas bonne pour lui, et si elle ne l'est pas il ne faut pas l'appliquer, même si c'est l' 'HAS ou je ne sais qui l'a donnée »
L : « ça me semble tout à fait adapté à des pays moins riches, mais en France, c'est un vœu pieux quoi..., c'est à elles de décider, elles le feront d'elles-mêmes et pas pour les qualités nutritives mais pour le relationnel le plus souvent »
M : « rien ne m'empêche de faire la promotion, après on voit avec la patiente si c'est possible, en France concrètement c'est compliqué»

- O : « y a le travail, et même avec le tire-lait ça ne marche plus, il n'y plus de satisfaction d'avoir bébé au sein. »
- P : « la reprise du travail essentiellement »
- Q : « ça ne me semble pas compatible avec la vie dans notre région, 6 mois quand le congé post natal c'est 10 semaines pour un premier je vois mal comment on peut faire, à moins de stocker le lait et de le transmettre à la nourrice, mais... »

Désaccord scientifique

- N : « Il y a eu d'autres contres études, l'HAS a malheureusement été manipulée par les pro Leche League »
- H : « Je recommande 90 jours soit 3 mois d'allaitement maternel ou le lait est supérieur au lait maternisé, après 120 jours le rapport qualité est nettement défavorable, il n'y a qu'à voir dans n'importe quelle catastrophe sanitaire mondiale... les petits noirs, à partir de 4/5 mois ils deviennent rachitiques, et les femmes même rachitiques quand elles donnent le sein même les 3 premiers mois les enfants grossissent bien pendant cette période et ne sont pas bouffés par le paludisme ou autre maladie infectieuse... vers 9 mois, 1 an on frise le ridicule, je leur dis madame, je crois que vous avez un problème, si vous voulez on en parle sinon, on n'en parle pas ! je leur dis allez voir la composition du lait sur internet, elles comprennent et arrêtent à 4 mois »
- O : « je pense que 3 mois c'est bien »
- I : « Je ne m'y oppose pas, j'essaie de donner toutes les facilités mais je ne suis pas persuadé »

G. la réalité de la femme comme il la perçoit

-La reprise du travail

♦ Elle est dans la grande majorité des discours 14/17 des médecins un argument de taille qui peut dissuader la femme de commencer à allaiter ou fragilise voire représente un **véritable obstacle à la poursuite de son allaitement** sur une durée optimale selon les recommandations :

- A : « C'est trop contraignant ... sevrage en douceur »
- B : « le boulot est une vraie entrave à la poursuite de l'allaitement »
- C : « la reprise du travail c'est clair que c'est un problème, ce n'est pas une chose facile »
- D : « elles reprennent le travail, elles sont obligées de s'arrêter », « j pense que c'est biaisé à cause de la reprise du travail »
- F : « la femme, quand elle doit reprendre son boulot : ça rend les choses complètement impossibles, le biberon sera beaucoup plus vite fait que tirer leur lait »
- G : « des angoisses de comment arrivera-t-on à le sevrer ... plus difficile de le sevrer au bout de 3 mois qu'à la naissance, certaines se disent vaut mieux couper le cordon tout de suite »
- H : « à la reprise du travail ça devient très difficile voire impossible, ... très vite, elles arrêtent »
- I : « travailler plus est un frein à l'allaitement »
- K : « elles veulent reprendre très vite leur activité, et donc, ne se voient pas allaiter »
- N : « à la reprise du travail il est question d'arrêter c'est pénible et pas très utile de poursuivre l'allaitement avec le travail »

O : « reprise du travail principal problème malgré le tire lait, il y a très peu de satisfaction »

Q : « à la reprise, elles viendront nous voir... je me sens fatiguée »

♦ Beaucoup d'entre eux évoquent de **longues distances de transport et la pénibilité de maintenir un allaitement même mixte**, avec, pour la plupart, un lieu de travail en région parisienne :

B : « Bosse à l'autre bout de Paris, se lève à 5 heures, rentre à 20 heures »

F : « le ¾ travaille sur la région parisienne, que voulez-vous... Faut voir la structure sociale... souvent c'est 2H : 2 heures de moins pour s'occuper de bébé »

H : « embouteillages, horaires de train »

J : « trajets de transport importants »

O : « travaillent loin... région parisienne, partent très tôt le matin, rentrent tard le soir J'arrête l'allaitement en général »

Q : « durée loin de leur domicile sont souvent très importantes : de 7 heures à 20 heures, travaillent en région parisienne, plateforme Roissy CDG »

-Une perception de l'intimité du choix:

A : « un libre choix clairement »

D : « c'est le vrai choix de la patiente », « après avoir donné la vie, elles doivent redonner d'elles : c'est tout une symbolique qui est à développer. » G : « total choix »

H : « chez les femmes d'origine africaine l'allaitement est une technique de contraception, culture polygamie, la femme qui n'est plus maternante est mise sur la touche »

I : « l'allaitement en public, c'est un problème, le regard qui n'est pas forcément positif... les gens disent : « Ils copulent c'est presque des bêtes, ils ne peuvent pas se retenir »... « je contrôle : c'est pas parce que je suis une femme que je dois donner le sein... » : « tentative de contrôler le phénomène naturel : ne pas être un simple outil des phénomènes naturels »

J : « certaines n'ont pas envie d'exposer leur poitrine,... poitrine qui pendouille... », « certaines rapporteront que ça les gêne et se sentent totalement découvertes quand elles sont dans des réunions de famille... »

L : « elles vous font partager de leur intimité, j'veux dire : montrer ses seins c'est quand même pas anodin »

- Une image des seins nourricière mais aussi esthétique et sexuelle :

Les médecins rapportent d'autres visions que les femmes ont du sein à part la fonction maternante :

J : « certaines n'ont pas envie d'exposer leur poitrine,... poitrine qui pendouille... »

E : « il y a toujours une inquiétude sur l'esthétisme : les répercussions sur la poitrine, j'estime que c'est leur corps C'est accaparent pour certaines et pour d'autres non. Il y en a qui ne veulent pas mettre leur enfant au sein qui, pour elles, est un organe sexuel et n'est pas un organe de nutrition, alors après est ce que c'est à nous de changer leur vision ? »

G : « poitrine tombante... Je ne veux pas montrer mes seins »

H : « d'abord il s'agit d'esthétisme, les femmes ne veulent pas être déformées, surtout celles qui ont des vergetures depuis la grossesse, quand elles voient leur abdomen se délabrer elles se disent je ne vais pas en plus avoir les seins qui tombent... »

- Fatigue et contraintes :

- A: «*contraignant*», B: «*elle peut pas, c'est toute une organisation*»,
D: «*c'est très prenant !*»
E: «*c'est accaparent pour certaines*» F :«*mère qui déprime, ça m'arrive régulièrement*»,
G: «*maman épuisée juste après la naissance si l'accouchement ne s'est pas bien passé...*»
H: «*c'est im-pen-sable, elle s'aperçoit qu'il y a trop de choses*» J: «*quand vous êtes nazes, vous avez besoin qu'on soit un peu dirigiste avec vous* »
N: «*c'est pénible et pas très utile de poursuivre l'allaitement en même temps que le travail* » Q rapporte des dires de ses patientes : «*je me sens fatiguée...* »

A noter qu'aucun des médecins n'a mentionné être confronté à des prises de positions philosophiques de la part des femmes pour ou contre l'allaitement maternel. Cela ne veut pas dire qu'elles n'existent pas.

5. Hypothèses avancées par les médecins interrogés sur les disparités au sujet de l'allaitement maternel : son initiation et sa durée

Entre la France et ses voisins européens

- D, H I, M, O, et P : Une politique familiale à l'échelle nationale allant à l'encontre des recommandations OMS.
Une politique nationale de l'économie choisie : celle du travail pour tous reprise du travail à 10 semaines post natal pour les deux premières naissances.
G : Libéralisation de la femme et son affranchissement de ses devoirs corporels depuis le siècle des Lumières.
Q : Les français plus stressés que leurs voisins
K : Mauvaises statistiques françaises sur les indices de santé
A, I, G : Schéma socioculturel différent de ses voisins
J : Manque de personnel dédié à l'accompagnement de l'allaitement maternel à l'hôpital
C, E, N ne se sont pas exprimés sur le sujet
B, F, L n'ont pas d'idées sur la question

Entre la région de Picardie et les autres régions de France

- H, I : Activité professionnelle pour des femmes obligées de travailler plus que dans autres régions
Q : Des femmes stressées comme en témoignent les prescriptions de psychotropes
J, G, et I : La Picardie une région pauvre
A, G, O : Un niveau socioculturel bas faisant connoter allaitement maternel avec pauvreté
Q : L'Oise, une région migratoire journalière
K et O : Indices de santé parmi les plus bas
B, D F, et L : Ne savent pas
C, E, N et P ne se sont pas exprimés sur le sujet

6. Pistes envisagées par les médecins interrogés pour faire évoluer l'allaitement maternel

A, E, et O : Consultations dédiées pré et post partum précoces

A, B, H, J, K, M, P, O, et Q : Reprise du travail plus tardive

B, D, et J: Homogénéisation de la prise en charge en maternité et accompagnement systématique en amont et dans le per partum ; davantage de soutien en maternités

D et F : Politique familiale plus soutenant : au lieu de soutenir chômage. Octroyer femme allaitante congés allaitement

F et H : Passage d'une sage-femme à la maison pour les aider dans l'initiation

D, H, J, O, et Q: Impact par l'image et la publicité des journaux pourrait avoir plus d'impact que le médecin

E, H, J, et Q : Adresser systématiquement à des puéricultrices, sages-femmes spécialisées

J : Augmenter les effectifs dans les maternités

G, H, J, O, et Q : Formation médicale (scepticisme quant à l'efficacité : relativisé à l'intérêt des participants) activer les réseaux sensoriels, faire appel aux sensibilités personnelles pour mieux prendre en charge les patients

I, O, et Q : Groupes de paroles ou groupe de pairs pour faire réfléchir les praticiens

I, F, N, et K : Octroyer plus de droits et de liberté à la femme

P : Diminuer césariennes de complaisance

DISCUSSION

1. A propos de l'étude

L'intérêt du sujet provenait du constat d'un décalage entre d'une part les recommandations officielles ⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾ en faveur d'un allaitement au sein pour tous (sans distinction entre pays développés et sous-développés) et sur une durée prolongée et d'autre part des chiffres montrant que cela n'était pas la réalité en France et notamment en Picardie avec des disparités entre les pays européens d'une part et entre les régions par ailleurs avec un recul de la région de Picardie. ⁽²⁾⁽³⁾ Il s'agissait alors d'analyser ce qui se tramait autour de ce thème pour l'un des intervenants: le médecin généraliste.

L'objectif étant de répondre à la question du "comment" et du "pourquoi" il a été choisi une méthode qualitative par entretien individuel par questions semi directives. L'objectif n'était pas de construire un échantillon représentatif mais d'obtenir une hétérogénéité de notions en veillant à ce que les médecins interrogés soient le plus diversifiés possibles en âge, sexe, lieu d'exercice, parentalité, pratique personnelle de l'allaitement.

Il manque à leurs caractéristiques d'exercice le profil socio-professionnel et culturel de leurs patientelle qui aurait nous éclairer sur les raisons de l'adaptation de leur discours.

L'utilisation de la méthode qualitative pour explorer ce sujet et des thèmes qui s'y rattachent a permis d'aborder la complexité des représentations et des interactions comportementales. (Cf. Annexe 2 : schéma inspiré du modèle de l'EBM). ⁽¹¹⁾ C'est en cela que réside l'originalité du travail par rapport aux travaux quantitatifs nombreux s'intéressant à des données connues.

Ceci n'empêche pas un certain nombre de biais possibles:

- biais de recrutement
 - o Les médecins ayant accepté l'entretien sont peut être les plus motivés ou impliqués sur le thème de l'allaitement.
 - o Les médecins interrogés sont majoritairement du sud de l'Oise, proche de la région parisienne avec une population de patientes et de couples aux conditions socioprofessionnelles pas forcément représentatives de la population générale nationale ou picarde.
- biais d'investigation :
 - o J'étais enceinte puis allaitante au moment où j'ai mené les entretiens, ce qui a pu influencer la conduite des entretiens, (deux des interviewé malgré la neutralité relative que je me suis efforcée de garder m'ont fait remarquer : N« vous me paraissez bien militante, vous ! » et Q : « peut-être pour vous, ce sera plus facile, rires... parce que vous êtes jeune maman et peut être avez-vous été concernée par une naissance, et donc vous êtes probablement plus convaincante»).
- Biais d'interprétation : il y a eu triangulation partielle à l'interprétation des données réalisée avec Pr Jung, directeur de thèse, ce qui a été bénéfique parce que je n'étais jusque-là pas initiée à cette méthode d'analyse des discours d'une part, et mon interprétation des propos pouvait manquer d'impartialité d'autre part.

2. Une conceptualisation indécise de leur rôle de médecin généraliste vis-à-vis de la femme allaitante

Le premier constat établi était la difficulté de représentation de leur rôle professionnel sur le thème de l'allaitement maternel et d'en dégager des réponses.

Certains médecins l'ont estimé trop ouverte ne sachant pas ce que j'en attendais. Pour certains, la question a dû être reformulée: B et K ont marqué un silence, K, N n'ont pas de mots pour verbaliser le schéma mental de la représentation de leur rôle. D n'a pas répondu réellement à la question, a montré son orientation de représentation mentale en avançant qu'il était « pour ». E, H, I, M, N, P n'ont pas répondu à la question posée mais plutôt par la résultante de leurs représentations : ils répondent: « je pose la question », « je conseille systématiquement », « extrêmement passif » « plutôt accompagnante » « dossier grossesse... on leur demande, je n'ai pas à décider, je m'en fiche, mon discours est non prosélyte » « allaiter au moins 3mois...réponse carrée, concrète ... », « il faut avoir les 2 pieds sur terre, c'est pas au médecin de décider ». G, J, L, O, Q ont décrit leurs représentations et ont fait part de leurs actions, L a même commenté la représentation qu'il avait de son rôle : « J'ai l'impression d'être moi, de plus en plus marginal par rapport à ce thème-là, C'est pas tellement notre place ». Cette difficulté patente à se représenter son rôle pourrait être considérée comme un biais du fait d'un manque de précision dans l'intitulé de la question. Mais c'est justement l'intérêt de l'approche qualitative de laisser l'interviewé exprimer sa propre compréhension des mots et en réalité cette gêne à répondre peut traduire plutôt un manque de conceptualisation, de schématisation de leur attitude professionnelle vis-à-vis de l'allaitement au sein. Les rôles décrits du médecin sont d'abord, pour beaucoup, des réponses à des situations professionnelles ou personnelles vécues, des demandes de patientes, plus que des stratégies réellement professionnelles réfléchies, maîtrisées, anticipées vis à vis de l'allaitement. L'exercice au quotidien est avant tout de répondre à des demandes et besoins exprimés par une patiente. Autant la collectivité et les associations identifient et confient clairement à des acteurs « spécialisés » une mission, une position, une méthodologie dans l'abord de la question de l'allaitement, autant il est ambitieux de trouver ce que l'on en attend réellement du médecin généraliste traitant sur ce thème, et c'est, probablement, à la fois un obstacle et une conséquence du développement insuffisant de politiques de santé pro allaitement au sein.

Pour autant cela ne signifie pas que les médecins généralistes n'aient pas des représentations sur le thème de l'allaitement, représentations qui ensuite guident leurs actions. La représentation en psychologie selon J-F Dortier « est une forme de connaissance qui se constitue à partir de notre expérience mais aussi des informations, des savoirs, modèles de pensée que nous recevons et transmettons par la tradition, l'éducation, la communication sociale, encodées en mémoire et que l'on peut extraire et manipuler mentalement. » Si les représentations mentales tendent à s'organiser autour de petits schèmes cognitifs de base, c'est que leur rôle ne se borne pas à décrire la réalité « étiquettes mentales ». Elles nous servent aussi à évaluer les situations et à agir et orienter nos conduites ⁽¹²⁾. Elles sont utiles et fonctionnelles. Tout en étant stables, les représentations sont tout de même changeantes. Elles varient au fil du temps, basculent parfois d'une conception à une autre, totalement opposées.

Dans le cas de mon étude *in fine*, il apparaît que ce sont les représentations personnelles sur la place du médecin et sur l'allaitement qui aboutissent à construire le rôle professionnel qu'ils assurent sur le thème de l'allaitement au sein.

3. Un accord = accompagner

Après reformulation de la question, leurs réponses à l'unanimité associent leur rôle à l'accompagnement du choix du type d'allaitement choisi.

L'accompagnement est une attitude humaine expérimentée par tous et guidée par une naturelle empathie en diverses circonstances. La congruence essentielle à l'accompagnement du patient de l'Approche Centrée sur le Patient, définie par Carl Rogers ⁽¹³⁾ psychologue américain, est une correspondance exacte entre l'expérience du praticien et la prise de conscience de ce qu'est le patient. Comment, pour un médecin traitant est-il possible d'établir une communication fructueuse avec les futures mères, qui ne soit pas une tentative d'influence, mais un accompagnement de leurs compétences? Il s'agit, comme le décrit Laurence Girard ⁽¹⁴⁾, consultante en lactation, d'« un habile numéro d'équilibriste » comme la photo le représente visuellement: « Le mariage de Francine Pary et Roland Schmidt » prise par J. Dieudaize en 1959: deux funambules qui s'unirent sur un fil, ce modèle est intéressant pour comprendre ce qui permet à la rencontre d'avoir lieu. (Annexe 3) « Établir, puis garder le lien, maintenir une relation horizontale, se rencontrer progressivement et dans la durée, en respectant les représentations, faire alliance afin que l'accompagnement devienne effectif. » C'est aussi le principe de l'Evidence Based Médecine. ⁽¹¹⁾

Ainsi la terminologie d'accompagnement paraît plus adéquate qu'une promotion de l'allaitement telle que la suggère le Dr D. Turck ⁽²⁾ à l'échelle de la consultation de médecine générale. Elle est d'autant plus adéquate que l'un des rôles dévolus au médecin généraliste dans un système de soins est celui « d'advocacy »⁽¹⁵⁾ du patient c'est à dire d'être celui qui défend le patient vis-à-vis de ce qui, dans un système de santé ou des concepts de santé, ne serait pas adapté à lui ou fruit de *lobbyings* idéologiques, économiques,...

L'accompagnement idéal d'une femme vis-à-vis de l'allaitement au sein ou non devrait prendre appui sur la distinction entre « le désir » et « la volonté ».

Le désir, selon I. Bayot sociologue ⁽¹⁶⁾, est une attirance, une envie consciente ou inconsciente, qui produit des motivations, des émotions, des fantasmes, des rêves et des actes. C'est la manifestation d'une envie énergique et inexplicable d'allaiter, le plaisir du contact avec son bébé, amenant détente et "lâcher prise" nécessaires à la réaction de production du lait. (G "phénomène naturel", "c'est quelque chose de naturel " disent les mères désirantes.)

Lorsque l'allaitement se passe bien, les mères en retirent plaisir (sensations agréables, contemplation de la béatitude de leur bébé repu de lait et de tendresse, fierté de nourrir leur petit...) et le cycle désir/plaisir, moteur très puissant, prévaut sur n'importe quel argument objectif.

Le désir peut être éveillé par le praticien mais pas imposé. L'action d'accompagner le désir en rassurant sur les inquiétudes, les idées reçues perturbant cette émotion intime peut être envisagée par le médecin généraliste dans une démarche congruente.

La volonté d'allaiter, démarche consciente et basée sur des informations (lectures, observations, connaissance de soi, apprentissages...) ayant été approuvées par le jugement

personnel, peut être à l'origine de la décision d'allaiter au sein. La réussite de cette pratique est soumise alors à une autocritique. Accompagner la volonté d'allaiter par le praticien relève d'un partage de connaissance sur les bienfaits, soutenir, être bienveillant, valoriser les volontés personnelles et susciter par des conseils et suggestions le plaisir à l'allaitement afin d'éveiller au désir pour renforcer la décision d'allaitement et sa pérennité.

Lorsque "désir" et "volonté" coexistent chez la future mère, la situation est la plus dynamique. Dans cette situation, le professionnel de soins a comme champ d'action d'appuyer les convictions au vu des données scientifiques et d'encourager la mère dans ses motivations.

Lorsque les futures mères n'ont ni désir ni volonté d'allaiter, il n'est pas opportun pour le médecin d'imposer sa volonté ou de projeter ses désirs, et de porter un jugement.

Si le médecin repère une ambiguïté dans les propos de la future mère, il doit pouvoir lui permettre de mieux construire son choix pour qu'elle se l'approprie de manière étayée, c'est une manière d'anticiper sur des problèmes d'origine somatique douteuse et sevrages précoces ultérieurs, pouvant accompagner remords, regrets, ou même sentiments de culpabilité. Une femme non allaitante a besoin d'être elle aussi rassurée et confortée dans son choix.

J'ai très peu relevé dans les discours des médecins (C, G, J,) le fait de travailler sur l'ambiguïté de choix des patientes ⁽⁴³⁾ peut être par manque de temps en consultation ou par respect de l'intimité (on y reviendra).

S'il est vrai que la décision d'allaiter incombe toujours à la mère, parmi les facteurs influençant son choix on retrouve une place prépondérante accordée par les femmes à leur médecin généraliste dans de nombreuses études et, notamment dans une thèse de 2006, ⁽¹⁷⁾ L. Kurth Aviles rapporte que sur 79% des 122 femmes interrogées avaient consulté leur médecin généraliste au cours de l'allaitement et parmi elles, 71% pensaient que leur médecin avaient un rôle à jouer dans leur allaitement.

Les médecins de l'enquête décrivent, pour la plupart, avoir une place prépondérante dans le suivi des femmes mais concernant l'allaitement, cette place est relativisée du fait d'un échappement du suivi et une difficulté de perception du rôle et de la mission qui leur est confiée.

Cet accompagnement, dans leur réalité d'exercice, est d'abord celui d'une réponse aux problèmes pathologiques ou techniques liés à l'allaitement. C'est la partie « organe » du système Organe - Personne- Environnement où se gèrent les décisions médicales en médecine générale décrits par L. Lévy ⁽¹⁸⁾. Mais si ce rôle est unanimement partagé par les médecins interrogés, celui de "promouvoir l'allaitement au sein" ou d'apporter une aide neutre au choix à la femme est variable selon les médecins.

4. Rôle de "promotion" ou d'aide neutre à faire un choix = des opinions variées au cours des siècles

Les médecins interrogés n'ont pas tous le même point de vue sur leur place de médecin vis-à-vis de la promotion ou d'un simple accompagnement au choix.

Ce qui motive leurs positions relève davantage des ancrages historique, anthropologique, philosophique, de leur vécu personnel et expérience professionnelle que des recommandations scientifiques en faveur de l'allaitement maternel qui sont parfois méconnues.

A. Ancrage historique ⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾

Le médecin fait s'inscrire dans une histoire socioculturelle et, à ce titre, intègre la représentation cette histoire de l'allaitement au sein à sa pratique

- Un non choix:

Dans les temps préhistoriques, avant l'apparition de l'élevage, le lait de femme était la seule chance de survie du petit humain.

- Un choix empreint de symbolisme

Dans l'Antiquité, les enfants étaient couramment allaités 2 à 3 ans. Outre sa fonction nourricière, l'allaitement était fortement empreint de symbolisme, puisqu'on considérait que les vices et les vertus de la mère pouvaient être transmis via le lait qui était un fluide biologique qui secondait ceux de la grossesse. (Pour Galien et Hippocrate, le lait maternel était préférable et la continuité du sang qui avait nourri l'enfant in utéro ; pour Aldebrandin de Sienne, médecin italien du 13^{ème} siècle, « le lait qu'on doit lui donner et celui qui mieux lui vaut, est celui de sa mère pour ce que de celui-là même dedans le ventre de la mère est nourri, car naturellement après qu'il est hors du ventre, revient le lait aux mamelles »).

- Un choix naturel à l'origine duquel l'instinct maternel

A partir du 18^{ème} siècle, la plupart des médecins reconnaissaient le lait maternel comme le plus adapté au nourrisson rappelant les dires des anciens et les idées de Rousseau comme quoi l'allaitement initialement destiné à se soulager de ses montées laiteuses, de cette attitude naissait ensuite l'amour maternel, excepté les premiers jours de colostrum jugé impropre à la consommation, ils recommandaient alors le recours à une nourrice.

- Un choix alternatif social

Dès le 12^{ème} siècle, la France voit apparaître le phénomène qui ne prendra réellement de l'ampleur qu'à partir du 17^{ème} siècle : la mise en nourrice. Initialement, ce procédé permettait de contourner certaines pratiques prohibées, en particulier, l'interdiction faite aux femmes allaitantes d'avoir des relations sexuelles. Il permettait également un retour au travail des ouvrières et femmes d'artisans, dont le salaire était indispensable à la santé financière du foyer. Par ailleurs jusqu'au XVIII^{ème} siècle, les mères issues de l'aristocratie et de la haute bourgeoisie, jugeaient indécent d'allaiter elles-mêmes leurs enfants, les confiant à des nourrices pendant les premières années tandis que les plus pauvres allaitaient elles-mêmes. Certains médecins parlaient de « devoir d'état » reprochant aux femmes nobles de ne pas s'en acquitter, et les condamnaient moralement allant jusqu'à les comparer à des femmes avortantes.

Par la suite, cela revêtit une autre signification: jusqu'alors l'apanage des classes supérieures, la démocratisation de la mise en nourrice marqua la volonté des milieux populaires d'adopter les mœurs des plus riches.

Du 18^{ème} siècle à la veille de la première guerre mondiale, toutes les couches de la société urbaine, ont eu recours à ce procédé : l'allaitement mercenaire, et ce, malgré une mortalité infantile importante.

▪ Un choix alternatif technique : l'alimentation artificielle:

Au Moyen Âge et sous la Renaissance, les médecins et moralistes recommandaient fortement de nourrir les enfants au lait de femme (de préférence par la mère) pour une durée de 18 mois à 3 ans ayant constaté que l'allaitement au lait de vache ou de chèvre engendraient pendant longtemps une mortalité élevée du fait des conditions d'hygiène. Les découvertes pasteuriennes du 19^{ème} siècle, l'invention des laits en poudre (1873) et la révolution industrielle avec la fabrication de biberons en verre et tétines en caoutchouc ont permis le développement de l'alimentation artificielle.

Parallèlement, le discours médical masculin évolua et la médecine se fit de plus en plus interventionniste jusqu'à la médicalisation hospitalière développée dans les années 1950 à l'accueil aseptisé, déshumanisé, qui a fait des hôpitaux des lieux ... inhospitaliers ! Les médecins, pour la plupart, étaient des hommes, peu intéressés par l'allaitement maternel ce qui incita de moins en moins les femmes ayant le choix d'allaiter. En effet, il leur était préconisé des modalités d'allaitement en totale opposition avec les conditions nécessaires au bon déroulement de l'allaitement : diète complète du nouveau-né les 2 premiers jours et séparation de la mère, parcage des bébés à la nurserie, horaires de tétées rigides calquées sur le modèle d'un allaitement artificiel afin d'éviter la survenue de troubles digestifs, quantifier les prises afin d'administrer des compléments si nécessaire, pesée des bébés après chaque tétée, fréquence et durée des tétées règlementées... L'allaitement maternel recula alors considérablement, du fait de ces mêmes conditions, autant par sa fréquence que par sa durée.

Parallèlement, la mortalité due à la nutrition artificielle chutait de façon importante, tandis qu'elle restait toujours élevée chez les enfants envoyés en nourrice (qui avaient de nombreux enfants à charge et dont les conditions de vie étaient précaires, malgré, pour certaines, le recours aux laits artificiels encore peu accessibles à tous). S'est alors développée, dans l'inconscient collectif, une représentation opposant allaitement maternel synonyme de morbi mortalité infantile et allaitement artificiel nouveau garant de la bonne santé à l'enfant et de sa « survie ».

Un choix politique

- l'allaitement artificiel, cher et en plein développement, restait malgré tout minoritaire jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale et la mortalité infantile dans les grandes agglomérations à population majoritairement ouvrière oscillait entre 33 et 86%e en France. Suite aux constats de Adolphe Pinard, sur les bienfaits du repos des mères sur la santé des nourrissons pour la lutte contre la mortalité périnatale, de nombreuses actions en faveur de l'allaitement maternel furent mises en place :
 - prime à l'allaitement maternel pendant 3 mois financée par des caisses de compensation créée par des associations de patrons ;
 - loi ENGERAUD 1906: construction de chambres d'allaitement et suspension du travail de la femme enceinte pendant 8 semaines consécutives dans le péri partum

avec conservation de poste de travail sous peine de dommages et intérêts pour la femme si non application de la loi.

- loi STRAUSS en 1913 : indemnité de repos post natal obligatoire à laquelle s'ajoutait une prime supplémentaire aux femmes allaitantes.

C'est dans ce contexte historique, entre autres, que s'ancrent les représentations des médecins. Les découvertes pasteurienne et l'avènement des laits artificiels après des siècles de mysticisme et de croyances populaires sont des événements majeurs relativement récents comparé à des siècles d'obscurantisme, et d'approximations.

Malgré tout, il considèrent l'unanimité des médecins, que c'est aujourd'hui un libre choix que d'allaiter au sein.

B. Ancrage anthropologique

Au 17^{ème} siècle des médecins considéraient que la proximité femme- enfant qu'impliquait l'allaitement maternel, plaçait le nourrisson sous l'influence de l'immoralité de sa mère ou de sa nourrice. ⁽²²⁾

N. Roques, membre fondateur de l'IPA (association d'information pour l'allaitement), responsable du CERDAM, et chercheuse à l'INRA, décrit que le modèle d'interactions mère-bébé est classiquement répandu chez nous, en Occident et comprend un sevrage précoce pour une minimisation de la dépendance et une valorisation de l'autonomisation la plus tôt possible, valeur normale de l'éducation, autonomisation active de l'enfant comme gage de développement. Dans ce schéma d'éducation, le maternage proximal (portage, sommeil partagé) se retrouve également suspectés d'amoindrir l'autonomie de l'enfant alors qu'il n'en est rien dans d'autres cultures (africaines, maghrébines, asiatiques...). Si en France, l'une des causes principales de sevrage est l'hypogalactie, (sondage IPA 2002), en Afrique il s'agit plutôt d'évoquer « un enfant en âge d'être sevré ».

Ce que l'on sait aujourd'hui de l'allaitement au sein n'est pas contradictoire avec cette notion d'autonomisation de l'enfant. A. Deprez, psychologue donne une réponse à la durée optimale d'un allaitement maternel: « en fonction du développement de l'enfant! » Car plus l'enfant se développe, plus il a des compétences, plus il sait discriminer le familier du non- familier, plus il prend en charge la relation avec sa figure d'attachement, moins il a besoin de proximité et de disponibilité. (Schéma de l'attachement de John Bowlby, annexe 2). Le care-giving de la mère ou « souci fondamental du bien-être d'autrui » décrit par Carol Gilligan peut alors devenir moins intensif et adaptatif. Le recours à l'allaitement comme « béquille » biologique de l'attachement est de moins en moins nécessaire. Si les études menées sur le meilleur développement psycho cognitif et une meilleure adaptation sociale, ne rapportent pas de différence significative entre allaités et non allaités, il n'en reste pas moins qu'il ne semble pas y avoir des études dans la littérature montrant des troubles psychiatriques liés à un allaitement maternel prolongé

Selon J. Newman, pédiatre canadien, « l'enfant allaité jusqu'à ce qu'il se sèvre lui-même est en général plus autonome et plus sûr de lui dans son indépendance. Il a reçu

réconfort et sécurité au sein, jusqu'à ce qu'il soit prêt à se sevrer. Quand il franchit cette étape, il sait qu'il a réussi quelque chose, qu'il a fait un pas en avant.»

Peu de médecins interrogés ont fait référence au sevrage par rapport à cette problématique de l'autonomisation active de l'enfant comme notion émergente de notre société, ils semblent pour la plupart être septiques sur ce qui se trame autour d'un allaitement long.

Dans les pays nordiques, les taux d'allaitement sont élevés au démarrage et dans les premiers mois, et restent très élevés même à 6 mois (en Suède, 99% à la naissance, 90% à 3 mois et 80% d'allaitement (exclusif et mixte confondus) à 6 mois !) ; dans les pays, tels que l'Angleterre ou l'Australie, les chiffres s'effondrent au-delà du premiers mois (En Australie le taux d'allaitement initial est de 96% et chute à 9 % à 6 mois ! En Angleterre, le taux d'allaitement initial est voisin de 80 % et chute à moins de 1 % à 6 mois (chiffres OCDE 2005))

Si la culture « allaitement » ⁽²³⁾ de pays à taux élevés d'allaitement est possible c'est parce que des mesures ont été prises depuis longtemps entre autres et l'aboutissement de mobilisations gouvernementales et non gouvernementales à l'échelle internationale, et de leurs pays :

- prise en charge de la maternité et des soins de santé de l'enfant pour toutes les mères se fait à 100%,
- accouchements dans hôpitaux aux labels HAB,
- congés payés pour les pères,
- congés parental de 18 mois avec 100% de salaire maintenu pouvant être partagé entre les parents pour l'exemple de la Suède et de la Norvège,
- comités de soutien non gouvernementaux désignés en place,
- maintien de normes élevées pour les soins infirmiers mère- enfant et la formation dans ce domaine est de haut niveau,
- apprentissage au secondaire les bienfaits de l'allaitement, en Suède,
- publicités pour les laits artificiels pour tous les âges interdites,
- et de nombreuses autres initiatives

Le niveau socioéconomique et éducatif élevé est une donnée importante à prendre en compte également.

Ceci étant, les médecins interrogés semblent avoir intégré qu'il y ait des différences culturelles de fond entre les pays mais n'en détaillent pas les tenants et aboutissants pour autant.

Un chercheur hollandais, Geert Hofstede qui s'intéresse à l'organisation culturelle des sociétés a tenté d'expliquer ces faits : chaque société est structurée selon une culture soit masculine soit féminine. Il développe l'idée que Les États-Unis, l'Angleterre, la France sont de plutôt type «culture masculine» tandis que la Norvège, la Suède, le Danemark plutôt de «culture féminine». Pour établir la nature de la culture, un calcul d'indice de genre a été établi sur les questions relatives à la façon dont sont perçues grandes valeurs de la vie.

Cela signifie que dans une société plutôt féminine, hommes et femmes sont sur la même longueur d'onde d'un point de vue de la qualité de la vie: la famille est l'affaire des deux parents par exemple, les échanges généraux sont plus chargés de sentiments, de relationnel interindividuel et le soutien à l'allaitement associera les faits physiologiques, de réalités psychologiques, d'émotions, de ressentis... d'où l'essor d'associations de soutien, de systèmes d'entretiens téléphoniques, de groupes de partage... En Suède, tout cela est mis en place depuis fort longtemps. En France, ces groupes ou aides de consultants en lactation ont commencé à se répandre plus tardivement avec notamment le réseau français de la Leche League ⁽²⁴⁾ en 1979, mais elles sont inégalement présentes dans les régions! (4 présentes dans l'Oise)

Tandis que dans une société plutôt masculine, plutôt tournée vers le soi, la priorité est donnée au succès professionnel, au salaire par rapport à la famille (la maman retourne travailler plus vite après la naissance); la communication y repose sur l'échange d'informations factuelles: le soutien à l'allaitement consiste essentiellement sur la présentation de faits (bénéfices de l'allaitement, fonctionnement...). Le père y aura peu de temps pour soutenir son épouse dans ses choix d'allaitement. Il aura même plutôt tendance à passer le peu de temps dont il dispose à vouloir nourrir son bébé. Par le biais du père c'est la culture qui parle car son implication dans le mode de nourrissage est telle que sa culture la lui a enseignée. Dans ces cultures fortement masculines où l'argent, le profit, la recherche de la performance sont les valeurs recherchées, des difficultés inhérentes à la société se présentent et c'est particulièrement dans ces sociétés que des groupes de soutien et des campagnes d'information peuvent être bénéfiques pour un changement progressif des mentalités.

Il est à considérer cependant, une approche moins égalitaire malgré tout dans ces schémas féminins de société, puisque selon C. Hakim, les carrières sont moins prestigieuses, et les salaires des femmes 20% en dessous de ceux des hommes. ⁽²³⁾

Pr M. Evans Herzog explique que la culture française est très défavorable à l'allaitement, à travers des faits fondamentaux: Le féminisme « collaborationniste », le mythe de l'interchangeabilité des sexes, l'érotisation moderne des seins, le travail à l'extérieur de la maison, le système capitaliste. ⁽²⁵⁾

Les médecins interrogés s'en remettent pour justifier leurs positions d'ailleurs à ce contexte où se trame ces enjeux culturels propres à la France entre autres

C. Ancrage philosophique

Les femmes françaises ont peu à peu, à partir des années 1960, considéré l'allaitement maternel comme un fardeau supplémentaire parmi les charges familiales, les privant d'une liberté à laquelle elles aspiraient, une vie égalitaire et proche de celle de l'homme qui peut lui aussi donner le biberon qui devient un emblème de liberté à une époque où se développait un mouvement féministe égalitariste. Le mouvement de 1968 donne aux biberons et laits artificiels une vraie place dans les foyers ⁽²³⁾

La libéralisation de la femme prône l'égalité des sexes, véhiculé par le féminisme égalitaire guidé par les idées de Simone de Beauvoir (considérant grossesse, allaitement comme épiphénomènes de vie et sources d'oppression millénaire de la femme), Jean Paul Sartre.

Plus tard E. Badinter ⁽²³⁾ met en garde contre l'idéologie de la nécessité d'allaiter comme une conception unifiée dangereuse, réduisant la femme au statut d'espèce animale « femelles chimpanzés » alors que la société depuis 30 ans a vu s'accroître l'individualisme, le féminisme libertaire, et s'interroge de manière critique sur le lien déterminé par les hormones de l'allaitement, ou « l'instinct maternel » ; elle remet en question les politiques de promotion à tous prix dans les sociétés démocratiques : « si l'allaitement maternel est un droit, le non allaitement, l'est-il encore ? » ;

F. Dolto parle de développement de l'enfant comme une série de castrations, auxquelles c'est de la responsabilité du parent de l'aider à s'affranchir

Ces approches et d'autres, marquent les esprits collectifs et orientent le discours médical français vers une liberté des choix individuels.

On retrouve cette notion dans la totalité des discours des médecins interrogés, aucun d'eux ne parle de devoir de la mère vis-à-vis de son enfant ni d'effet de mode.

En fait les médecins de l'enquête ne se positionnent pas par rapport au dilemme exposé par E. Badinter. Elle pose le paradoxe, entre les besoins présumés de l'enfant, les bienfaits auquel l'allaitement est une réponse plus adaptée que le lait maternisé et la liberté de la femme: l'allaitement est tantôt perçu comme un acte profondément antiféministe et aliénant (le biberon choisi pour se libérer de l'allaitement, qui, a pu se révéler dans l'histoire un frein réel à l'émancipation de la femme) ou tantôt féministe et acte libérateur (quand il est pour certaines un acte épanouissant et aussi revendicateur que celui de travailler).

Les médecins interrogés ne mélangent pas leurs convictions philosophiques personnelles sur ce débat entre allaitement au sein/aliénation de la femme ou allaitement au sein/épanouissement de la mère. Ce n'est pas là un élément essentiel de leur positionnement. En fait seuls quelques médecins ont fait référence à ce débat philosophique et en général plutôt pour le renvoyer à la liberté de penser et d'agir de la femme. Il est même rassurant d'un point de vue éthique, de voir que les médecins interrogés ne projettent pas sur la femme leurs conceptions philosophiques pour l'aider à faire son choix. Pour autant, il est utile pour les médecins de connaître et comprendre ce débat pour mieux apprécier la complexité consciente et inconsciente dans le choix d'une femme ou d'un couple et le respecter.⁽¹⁵⁾

D. le vécu personnel et l'expérience professionnelle

L'importance de l'expérience personnelle directe ou indirecte de l'allaitement au sein est un élément majeur de cette étude. Elle dépasse l'expérience professionnelle et elle se retrouve certes chez la femme médecin mais aussi chez le médecin homme. Ceci est intéressant car cela semble traduire que, concernant l'allaitement maternel, le médecin dépasse sa position- réflexion de médecin purement scientifique et technique pour y intégrer

aussi son vécu personnel sur le sujet, (et non de sa conception philosophique ou morale, bien que pouvant y avoir contribué) voire le faire partager à la patiente.

Pour autant, ce constat établi, on peut s'interroger sur sa pertinence scientifique et professionnelle de ses propos s'il a davantage recours à son expérience ?

E. Les données scientifiques et recommandations officielles

Ces recommandations ne sont pas indépendantes des ancrages précédents sur les représentations de l'allaitement au sein et de ce fait ont pu échapper au cours de l'histoire à une vraie démarche scientifique comme l'a suggéré N, si certains lobbying associatifs tels que la Leche League ont lutté pour des études soient mené, on peut difficilement penser que leurs résultats publiés dans les plus grandes revues scientifiques partout dans le monde soient sous influence.

Après avoir opté pour une promotion dans les pays en voie de développement, l'OMS⁽⁴⁾ et l'UNICEF⁽⁵⁾ décident de promouvoir une meilleure santé pour les enfants des pays industrialisés aussi :

- en 1981 : Le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel est voté par l'OMS à l'unanimité destiné aux gouvernements, afin de réglementer la promotion et la vente de tout substitut de lait maternel mais aussi des tétines et des biberons.

- en 1982 : l'OMS publie une brochure intitulée « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel ». Ces dix conditions résument les pratiques utilisées en maternité visant à encourager l'allaitement maternel. Elles soulignent aussi l'importance de la formation du personnel soignant sur les techniques d'allaitement et encouragent la constitution d'un réseau associatif de soutien à l'allaitement maternel.

- en 1989 : La Convention sur les Droits de l'Enfant.

Le 20 novembre 1989, les 159 Etats membres de l'ONU ont adopté, à l'unanimité, la Convention sur les Droits de l'Enfant et la France la ratifie en 1990

- en 1990 : La déclaration d'Innocenti.

La déclaration d'Innocenti a été élaborée puis adoptée par les participants de la réunion OMS/UNICEF. Les représentants de 32 pays ont adopté cette déclaration dans le but de promouvoir l'allaitement maternel en définissant pour chaque gouvernement quatre objectifs

- Désigner un coordonnateur national et créer un comité national pour la promotion de l'allaitement maternel.

- Faire en sorte que l'ensemble des maternités respecte les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel.

- Prendre des mesures pour faire appliquer le Code International de Commercialisation des Substituts de Lait Maternel.

- Promulguer des lois protégeant le droit des femmes qui travaillent à allaiter leur enfant et adopter des mesures assurant leur application.

La France n'a pas participé à cette déclaration.

- en 1991: L'UNICEF et l'OMS ont entrepris une action visant à transformer les méthodes pratiquées dans les maternités nommée « Initiative Hôpital Ami des Bébé ». Cette

action repose sur l'engagement des établissements et des membres du personnel soignant à suivre les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel ».

- **ce n'est que le 30 juillet 1998 que la législation française** (la loi du 3 juin 1994) interdira et **limita la distribution gratuite des laits premier âge** et à leur promotion. Le décret régleme l'étiquetage des laits artificiels pour nourrissons qui doit **mentionner la supériorité de l'allaitement maternel**, la difficulté à revenir à l'allaitement maternel après avoir introduit un lait industriel et l'effet délétère d'une alimentation partielle au biberon sur l'allaitement au sein mais ces dernières obligations ne sont pas bien appliquées par les industriels.

-Devant l'inertie de nombreux pays, dont la France, en terme de politiques nationales gouvernementales et non gouvernementales et des taux d'allaitement qui restent bas, l'OMS publie en 2001, repris par la ANAES (devenue HAS) en 2002 des recommandations d'allaitement exclusif les 6 premiers mois et dans le cadre d'une alimentation diversifiée ⁽⁷⁾ jusqu'à 2 ans minimum se basant sur des bienfaits prouvés dans les pays en voie de développement mais également dans les pays développés. Ces recommandations sont reprises successivement par les sociétés savantes médicales de pédiatrie, gynécologie, d'endocrinologie, et même de cancérologie et dans les objectifs des différents PNNS, le dernier en date 2011-2015⁽⁸⁾ afin d'améliorer initiation et durée d'allaitement maternel comme enjeu de santé publique.

Parallèlement, on a vu une progression de l'allaitement maternel en France, mais avec malgré tout, des taux qui restent inférieurs à ceux des voisins et une durée d'allaitement chutant de moitié à 6 mois.⁽²⁾⁽²⁶⁾

Dans mon étude les recommandations officielles ont un impact relativisé sur l'ensemble des médecins qui remettent volontiers en question leur adaptabilité à leur exercice, pour certains leur crédibilité (N « l'OMS a été manipulé par la Leche League »), et pour les plus promoteurs d'entre eux, un objectif à atteindre mais pour l'heure encore utopique.

Il est à considérer que sur de nombreux paramètres socio sanitaires ^{(27) (48)}, la Picardie est une région en recul, ajouter à cela une démographie médicale parmi les plus basses de France, donnant aux médecins toujours plus de charge de travail, ils semblent relayer au second plan des actions à porter de promotion de santé, si tant est, que les laits artificiels ont fait leur preuve.

H avance qu'au-delà de 120 jours les qualités nutritives sont moins bonnes, alors que les études montrent notamment qu'il n'en est rien. Pour l'exemple du taux de fer amoindri dans le lait maternel au-delà de 3 mois qui est cité en l'occurrence, il bénéficie d'une biodisponibilité plus grande que celle des laits artificiels d'où des taux plus élevés dans ces derniers.⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾

5. Aider au choix tout en gardant l'objectif idéal de l'allaitement au sein prolongé : une situation complexe

A. Pas de culpabilisation= maître mot

Qu'ils soient neutres ou engagés, les médecins interrogés sont tous vigilants à ne pas éveiller ou accroître la culpabilité des futures mères ou mères dans leurs choix à allaiter ou à sevrer l'allaitement « précocement » ou « tardivement ». (il est à noter que l'appréciation du caractère précoce ou tardif est propre à chaque médecin)

La plupart des médecins interrogés semblent anxieux de ne pas stigmatiser la femme et conditionnent leurs discours par cette limite. Ce souci semble trouver sa source dans l'éthique médicale dictée par la définition de la WONCA ⁽¹⁵⁾: « une approche centrée sur le patient dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaires, et qui construit dans la durée une relation médecin patient basée sur une communication appropriée ».

Par ailleurs il semble que l'allaitement au sein est davantage perçu comme à encourager que comme un impératif médical aux enjeux directement perceptibles en cabinet de médecine générale.

B. Un argumentaire volontiers incomplet

Les médecins interrogés émettent surtout des arguments assez systématisés et basés sur les bienfaits les plus cités de l'allaitement au sein. Cela peut être mis en rapport avec une impression qu'ils n'ont pas grand-chose à apprendre aux femmes sur le sujet du fait des sources d'informations multiples qu'elles ont déjà, cependant, des travaux montrent qu'elles manquent d'accompagnement personnalisé.

Les recommandations de la HAS 2002 et en 2006 (30) rapportent que les études ont montré que le désir d'allaiter son enfant est plus souvent antérieur à la grossesse. Plus le désir et la volonté surviennent tôt dans la vie et plus l'allaitement maternel a des chances d'aboutir et de durer.

Dans un travail de thèse mené en 2014⁽³¹⁾ sur la perception des adolescents sur l'allaitement maternel, la moitié interrogée désirait allaiter, 25% étaient indécis, et les questionnaires ont montré que le désir était fortement impacté par un allaitement personnel. Or, dans cette étude qualitative, aucun des médecins interrogés n'établit de lien entre précocité d'aborder le sujet et impact sur les futures allaitantes. Ce travail sur les notions de "désir" et "volonté" est complexe et relève bien d'un approfondissement par un professionnel si on se place dans l'optique d'une promotion médicalement argumentée. Dans cette optique, des campagnes d'information et notamment à l'école en cours de SVT devraient également être au programme.

Aucun des médecins n'a nuancé les bienfaits « prouvés » de ceux « probables », ce qui laisse à penser qu'ils ont peut-être des croyances personnelles relatives à l'allaitement maternel qui les incitent à avancer tel ou tel bienfait. Cela va aussi dans le sens d'une absence de recherches sur le sujet notamment du fait d'une non conceptualisation structurée de leur rôle et action comme nous l'avons vu.

Cependant ceux qui développent le plus les bienfaits lors de l'entretien sont surtout ceux qui sont dans une dynamique de promotion.

Beaucoup de bienfaits scientifiquement argumentés sont ignorés du public: réduction du risque d'otite moyenne aiguë, de gastroentérite, d'entérococolites ulcéro nécrosante d'infection respiratoire basse sévère, de dermatite atopique, et pour la mère: meilleure involution utérine, et perte de poids plus rapide les six premiers mois, diminution du risque d'anémie ferriprive, sommeil plus réparateur, facteur protecteur contre cancer du sein, de l'ovaire selon la durée d'allaitement.

D'autres associations avec des affections telles que l'asthme du nourrisson, l'obésité de l'enfant, HTA, l'hypercholestérolémie, risque de diabète types 1 et 2, ou encore avec le risque de mort subite du nourrisson, de leucémie et autres cancers hématopoïétiques, de développement cognitif et psychologique, d'infections urinaires, d'épisodes fébriles et d'ictère néonatal pour l'enfant, sont étudiés mais à niveau de preuve insuffisants pour affirmer l'impact ;

De même pour la mère: une association inverse à la dépression du post partum, selon les durées d'allaitement une diminution du risque de diabète de type 2 et des risques cardiovasculaires, une association inversement corrélée à la survenue d'ostéoporose... ont été recherchés mais sans certitude scientifique cependant. L'ensemble de toutes les publications vont malgré tout dans une idée de protection de l'allaitement maternel avec un effet durée dépendant. ⁽³²⁾⁽³³⁾⁽³⁴⁾

D'ailleurs, il n'a pas été mentionné par la majorité d'entre eux les bénéfices escomptés sur la santé de la femme : il ne s'agit pas probablement d'arguments plus convaincants qu'un désir de disposer de son corps, et de sa liberté individuelle pour les mères

L'argumentaire utilisé pour aider la femme à choisir et/ou promouvoir en fait relève surtout des bienfaits scientifiques et du relationnel.

L'aspect économique et social positif a été peu avancé : dr P. BITOUN en 1994 évalue le surcoût annuel par foyer à l'équivalent de 700€ ou 12048 francs/an/foyer sans prendre en compte les frais de santé éventuels liées aux pathologies évitables. ⁽³⁵⁾

- Cependant, cette économie est sans doute à relativiser car les frais liés aux pathologies liées à l'allaitement, le surcoût d'une contraception non remboursée peuvent représenter une charge similaire pour les foyers..
 - L'aspect écologique, d'après ceux qui l'évoquent semblent séduire les plus aisées, soit une minorité des patientes.
 - Au sujet de la reprise du travail, la plupart des interrogés ne connaissent pas et n'informent pas les patientes des droits des femmes allaitantes selon les codes des droits du travail de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) ⁽³⁶⁾ leur octroyant: 2 demi-heures non rémunérées par jour pendant une année à compter de la naissance, la possibilité d'allaiter son enfant sur son lieu de travail ou de tirer son lait, ne prévoyant cependant pas l'absentéisme, et l'obligation pour l'employeur d'aménager des locaux dédiés à l'allaitement. Ces lois ont été conçues avant tout pour les salariés. Dans ce domaine, ses prescriptions ne valent qu'à défaut de conventions collectives qui elles peuvent accorder plus mais pas moins.
- Ce non abord peut s'expliquer par le fait que les médecins libéraux ne sont pas concernées par ses droits sociaux mais aussi de par la difficulté pour le médecin généraliste à

maîtriser toute la législation sociale touchant à la santé de plus en plus complexe, changeante et qui ne lui paraît pas forcément de sa mission.

Pourtant, c'est dans bien des cas, à leur médecin traitant que les patients s'adressent pour avoir réponse à ces questions.

Les médecins ont cependant nettement conscience de cette problématique de conciliation de la femme qui travaille et l'évoque comme obstacle dominant, comme point d'action si on veut promouvoir l'allaitement prolongé. Ils vont même, pour un grand nombre d'entre eux, à se mettre en danger judiciaire en faisant des arrêts de travail faussement légitimés par un autre motif! L'un d'entre eux, rapportera même qu'avec des certificats d'allaitement maternel accompagnant l'arrêt de travail, la CPAM ne montrait pas de réticence et acceptait jusqu'à un mois.

C. Didierjean- Jouveau⁽³⁷⁾ rapporte de nombreuses pistes pour les aider à concilier reprise du travail et poursuite de l'allaitement : crèche / assistante maternelle à proximité du travail, allaiter au travail, cumuler congés annuels avec congés maternités etc...

Il est possible que les médecins n'en soient pas convaincus du fait de la pénibilité des transports. C'est d'ailleurs un des facteurs défavorisant à un allaitement long décrits souvent dans la littérature.

- La place du père est peu évoquée peut être du fait que la question n'a pas été explicitement posée ou du fait d'une absence de conviction de la part des médecins sur le fait que le positionnement actif des pères dans l'accompagnement de leur femme, et dans l'aide au maternage soit un atout et un facteur prédictif favorable dans le choix des mères à initier un allaitement et dans sa durée. « c'est pas le problème du père en réalité ! » d'après G, que la décision d'allaiter ou non son enfant est prise dans 76% d'après B. Branger après avis du conjoint avant même l'avis des sages-femmes, amies, famille...⁽³⁸⁾⁽³⁹⁾

En cela, pour le médecin généraliste, s'enquérir auprès des deux parents en consultation du type d'alimentation pourrait être une manière simple d'être un vecteur de promotion de l'allaitement.

- La dimension intime dont relèverait pour certaines l'allaitement maternel est évoquée par les médecins. Elle est à prendre en considération car c'est en la reconnaissant que l'accompagnement congruent peut s'opérer. J. Israël, pédiatre, psychanalyste, dans son plaidoyer contre les « *sein-tégristes* » décrit le sein est comme étant entre autres "un organe sexuel", "source de plaisir", et, de fait, l'allaitement au sein est une porte ouverte sur « l'intérieur de la mère » et peut par ce biais faire percevoir au bébé « l'intimité de la mère tout autant quand elle est dans le plaisir qu'elle est dans le chagrin ». Ainsi, si un refus d'allaiter peut être un désir profond, il peut aussi être l'occasion pour le médecin de faire verbaliser la patiente autour de son malaise lié à des peurs irrationnelles en rapport avec l'enfant (davantage dans le contexte de prématurés), à ses représentations, une mauvaise expérience, un baby blues, une dépression, et pourra ainsi l'aider à surmonter ; n'est-ce pas l'occasion donnée au médecin d'éviter de faire culpabiliser la femme, si à distance de cet épisode, elle venait à regretter de ne pas avoir allaité ?

- « Nous sommes tous porteurs d'histoires qui nous parasitent et qui nous empêchent parfois de réaliser nos vœux conscients, il en est ainsi dans l'allaitement. ».⁽⁴⁰⁾

Le médecin généraliste, bénéficiant de la confiance et souvent au fait des problématiques de la vie de sa patiente, semble bien placé pour dénouer tout ce qui se trame autour de la dimension intime au sujet de l'allaitement.

- A l'inverse, un allaitement jugé par certains comme "trop long" peut s'avérer être symptomatique d'un attachement pathologique selon certains alors que la norme et la durée optimale relève en réalité de l'intimité et de la représentation personnelle multiaxiale de la femme. Or, si la norme, fixée par le côté scientifique des recommandations, ne séduit pas la plupart des médecins, la norme sociétale (en lien avec la reprise du travail, la vie active des femmes dans un système masculin, la démocratisation des biberons, la banalisation des laits artificiels...) est-elle suffisante comme contexte à un accompagnement optimisé? Les médecins semblent davantage inscrire leurs argumentations sur le thème de la durée optimale dans les représentations contextuelles de leur exercice que dans les recommandations scientifiques et considérations socioculturelles et anthropologiques.
- Les médecins interrogés n'évoquent pas le fait de personnaliser selon les profils psychosociaux et culturels des femmes leur argumentation à la question : « quelles informations délivrez-vous au sujet de l'allaitement ? » Ceci est surprenant pour des généralistes dont l'exercice quotidien est justement une approche globale et personnalisée de chaque patient.

La méthodologie d'entretien employée n'a peut-être pas pu se saisir de la singularité de cet exercice, ou alors Cela peut traduire une implication limitée du médecin qui semble être plus suiviste de ce que demande la femme que inducteur - leader ou catalyseur sur ce thème-là.

Pour S.Gojard, sociologue,⁽⁴¹⁾ il existe deux modèles d'allaitement maternel :

- « le modèle savant » qui est associé à un allaitement à durée variable et surtout à un sevrage progressif et qui correspond aux femmes issues de milieux socioprofessionnels favorisés, qui sont sensibilisés aux arguments concernant la santé de l'enfant, la construction du lien mère- enfant et au côté pratique, ou bien du plaisir (commun au modèle populaire mais jamais évoqué comme seul argument). Une des caractéristiques de ce type de discours est de nier les difficultés pratiques que peuvent rencontrer les mères. Il est associé à un discours normatif extrêmement construit et argumenté, d'origine médicale ou paramédicale, reposant sur des arguments multiples. Les mères n'ont aucun mal à expliquer ce pourquoi elles allaitent ou non. Les normes n'agissent pas uniquement sur celles qui allaitent mais aussi sur celles qui ne le font pas: les situations de refus ou d'échec sont souvent stigmatisées par les mères et plutôt vécues comme culpabilisantes.
- « le modèle populaire », lui, correspond aux femmes issues de milieux plus populaires, peu diplômées, et tout également chez les femmes ayant passé leur enfance dans un pays d'Afrique ou d'Asie. Il repose sur une imitation familiale et/ou sur les conseils dispensés en centre de PMI, surtout pour les femmes immigrées qui y cherchent un mode

d'intégration à la société française et sont particulièrement réceptives aux conseils qu'on leur donne (du moins quand ils n'entrent pas en contradiction flagrante avec leurs habitudes). Dans ce modèle, l'allaitement est un acte naturel très fortement associé à la notion de plaisir pour la mère et l'enfant, celles qui n'allaitent pas : la gêne, le déplaisir ou la douleur suffisent pour justifier l'échec ou l'abandon. Elles sont surtout influencées par les références et les conseils dispensés autour d'elles par un entourage bienveillant. Il n'y a pas dans ce modèle de discours de justification sur les raisons d'allaiter ou non, ce qui montre que la norme favorisant l'allaitement est implicite. La ressemblance de culpabilisation est rare.

- Pour les classes moyennes volontiers hétérogènes et les moins allaitantes au sein, les modèles sont moins applicables ce qui rend l'approche pour le médecin plus difficile.

Ainsi, une approche personnalisée de la patiente sur ce thème permettrait un impact plus ciblé, encore faut-il que le médecin soit convaincu d'avoir un réel rôle auprès des patientes dans le choix et l'accompagnement de leur allaitement.

6. Un positionnement dans le parcours de soins de la femme qui pose question

Les médecins interrogés ont en général exprimé le fait qu'ils font partie d'une équipe de soins relativement informelle et que leur souhait est à la coopération.

Mais beaucoup ont exprimé que dans la réalité cela n'était pas satisfaisant avec des sentiments d'exclusion, d'intervenir trop tard ou sans continuité possible, ou de discours et actions peu cohérents entre intervenants.

Par ailleurs une grande méfiance a été exprimée par beaucoup face aux associations, aux spécialistes de la lactation sans nier pour autant leur utilité mais dans une autre pratique. Ainsi les consultations individualisées précoces du pré partum dans le 4ème mois de grossesse et post partum précoce (entre J8-J15) proposées par Dr D. Turck pour aborder spécifiquement le type d'allaitement et son évaluation semble séduire peu de médecins :

« Il faut encore savoir ce qu'on met dans cette consultation » « les médecins n'ont pas le temps », « c'est le rôle des sages-femmes de passer à domicile pour évaluer ce qui s'y passe » « on ne les voit que pour des rhumes, ou bien plus tard après les 1 an de l'enfant »

Ces consultations dédiées seraient pourtant une piste pour prévenir et minimiser le risque de sevrage précoce d'allaitement dont les difficultés précédant le sevrage spontané ont échappé au médecin ; dans une étude ayant porté sur 231 femmes en sortie de maternité,⁽⁴²⁾ les résultats montrent que le fait de bénéficier d'une visite de routine au cabinet d'un médecin formé à l'allaitement avant les 2 semaines du post- partum permettait d'augmenter le taux d'allaitement exclusif à 4 semaines, ainsi que la durée totale d'allaitement, d'abaisser la prévalence de complications et, même si la durée d'allaitement constatée dans le groupe intervention restait inférieure aux recommandations officielles. Cette étude montrait également qu'une courte formation à l'allaitement destinée aux médecins pouvait contribuer à améliorer les pratiques d'allaitement des mères de leur clientèle.

Ces consultations seraient des entretiens motivationnels décrits par Miller et Rollnick⁽⁴³⁾ pour davantage travailler sur les ambivalences et difficultés que rencontrent les patientes dans cette période cruciale de vie.

En fait la position des interrogés retrouve le clivage dans la corporation généraliste concernant ces consultations spécifiquement dédiées à un thème de santé: vécues par certains comme la possibilité souhaitée via une délégation de se désengager d'un thème, vécues par d'autres comme une déstructuration complète et progressive de la prise en charge globale spécifique de la médecine générale et plus une astreinte redondante à ce qui se trame déjà au cabinet que comme une aide réelle.

Pourtant, le problème du temps disponible en médecine générale a été soulevé par beaucoup, bien plus que le manque de savoir ou savoir-faire (qui ne sont pas une préoccupation selon leurs déclarations). Il trouve pourtant en grande partie sa solution dans la durée de la relation médecin malade et la fréquence des contacts possibles du fait de la dimension "premier recours" et "approche globale" cf. la définition de la WONCA⁽¹⁵⁾ et comme l'ont décrit l'ensemble des médecins.

La disponibilité insuffisante pourrait être relativisée et trouver un élément de réponse par une approche différente des missions du médecin: créer la relation, revoir la patiente, personnaliser l'écoute en fonctions des attentes exprimées et implicites, délivrer des informations claires et adaptées, des conseils et réévaluer régulièrement les besoins cf annexe.

La difficulté à percevoir sa place et sa mission réelle dans le parcours de soin de la femme allaitante n'est probablement pas sans conséquence sur le niveau d'investissement des médecins et leur scepticisme quant à la nécessité d'une formation. Il est rare de trouver une enquête sur les médecins généralistes qui n'aboutisse pas sur un besoin de formation.

Ceci étant, renforcer les croyances, avoir un autre regard sur l'allaitement maternel⁽²⁾, présenter l'ensemble des bienfaits (probables et prouvés) sur la santé, sur l'environnement, sur l'économie, réactualiser la pratique autour de l'allaitement et rappeler les droits des femmes s'avèrerait d'une utilité certaine pour réinvestir les médecins dans leurs rôles et mieux les inclure dans le projet de plan d'action de promotion de l'allaitement du Dr Turck afin qu'à leur tour, ils ne soient pas des promoteurs coûte que coûte mais des acteurs d'accompagnement optimisé.

CONCLUSION

A l'issue de cette étude, il semblerait que les 17 médecins généralistes de l'Oise interrogés sont, comme dans d'autres études,⁽⁴⁴⁾ globalement confrontés aux mêmes difficultés pour promouvoir l'allaitement maternel, auprès de leurs patientes: d'une part du fait de schémas socioculturels bien ancrés et où les mouvements féministes qui se sont succédés s'inscrivent dans une culture encore profondément masculine de la société actuelle française, prônant le retour à la vie active dès la fin du congé maternité, garante d'indépendance financière et élément de réponse à l'égalité des sexes et d'autre part une question relevant de l'intimité de la femme, du couple moderne, pour qui, l'image corporelle véhiculée par les médias et la mode est à forte connotation sexuelle. Ces paramètres sont inhérents au collectif, et à la décharge des médecins, la prise de conscience sur les bienfaits de l'allaitement maternel et l'avènement de recommandations et plans d'action en France ont 17 ans de retard par rapport aux voisins européens.⁽⁴⁷⁾ Issus pour la plupart de la génération post 68tarde, ils sont empreints d'idéologie libertaire, et ont connu l'expansion des laits artificiels. Malgré le développement des associations de soutien pratique et technique telles que la Leche League, (seule représentée dans l'Oise), ils préfèrent pour une large majorité, respecter les choix individuels que stigmatiser et induire une culpabilisation au sujet de l'allaitement maternel qui ne fait pas l'unanimité dans leurs représentations scientifiques et philosophiques en terme de promotion coûte que coûte. Leurs propos laissent à penser que la conception de leur place, rôle, et mission vis à vis de la femme sur ce sujet n'est pas dans leur esprit construite comme une véritable stratégie anticipée, maîtrisée. Acteurs de premier recours, ils interviennent surtout en réaction à une demande, un besoin de la femme et ceci volontiers pour des problèmes techniques, pathologiques. Bien qu'ils se disent convaincus de la supériorité du lait maternel, peu anticipent la problématique de l'allaitement et peu ont une approche holistique avec la femme (et très peu avec le père), du fait d'un manque de temps dans leur exercice où il y a déjà fort à faire avec le « pathologique ». En effet, même si c'est un problème commun aux généralistes français d'aujourd'hui, l'Oise est une région où la démographie médicale est parmi les plus basses et les indices de santé publique ne sont pas parmi les meilleurs de France, ce qui complexifie les champs d'action de ces médecins. On perçoit de ce fait, chez ces médecins un certain désinvestissement tant sur l'argumentaire à utiliser que sur le ressenti d'un besoin de formation et de l'impact même d'une formation pour améliorer les choses. C'est en grande partie pour ces raisons que les médecins donnent

peu d'explications concernant le plus faible taux de natalité au sein en France et en Picardie à part les conditions socioprofessionnelles délétères. De même concernant des propositions pour optimiser l'allaitement au sein en durée les avis sont partagés au-delà d'agir sur les conditions de protection sociale (durée congé maternité, temps de travail). Beaucoup souhaiteraient la coopération avec d'autres professionnels médicaux, paramédicaux ou associatifs, mais ils restent volontiers dubitatifs, critiques voire hostiles sur le comment cela se passe aujourd'hui. Le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO), le recours aux consultants professionnels en lactation et la délégation de tâche et/ou de compétences aux sages-femmes sont les actions de fond encouragées par Dr Turck ⁽²⁾. Les consultations individualisées précoces du pré et post partum entre J8 et J15 telle qu'il les préconise recueillent un enthousiasme mitigé parmi les médecins. Elles semblent pourtant être une piste intéressante pour, entre autres, anticiper les problèmes relatifs à la mise en route, et mieux concilier reprise du travail et poursuite de l'allaitement (exclusif ou mixte) et réinvestir le médecin dans un rôle d'accompagnement plus optimisé. Une étude prospective comparative dans l'Oise serait intéressante pour en juger l'impact.

Références bibliographiques

- 1- Ibanez G, Martin N, Denantes M, Saurel-Cubizolles MJ, Ringa V, Magnier AM. *Prevalence of breastfeeding in industrialized countries*. Rev Epidemiol Santé Publique. 2012; 60 (4):305-20.
- 2- Turck D. *Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel*. « Plan d'action : Allaitement Maternel ». 2010 Juin.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf
consulté le 23/12/14
- 3- Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Castetbon K. Durée de l'allaitement maternel en France (Épifane 2012-2013). Bull Epidemiol Hebd. 2014;(27):450-7.
http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014_27_2.html
(consulté le 23/12/14)
- 4- OMS. 54^{ème} Assemblée mondiale de la Santé. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. WHA 54.2, 18 Mai 2001.
http://www.who.int/nutrition/topics/WHA54.2_ycn_fr.pdf
- 5- UNICEF
Allaitement : Impact sur la survie de l'enfant et situation mondiale
http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24824.html
- 6 -EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe.
Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action.
Commission Européenne, Direction de la Santé Publique et de l'Évaluation des Risques, Luxembourg, 2004
http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf
(consulté 23/12/14)
- 7 - Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)
Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations pour la pratique clinique. Mai 2002
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf
(consulté 23/12/14)
- 8- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Programme National Nutrition Santé, 2011-2015, 2011, p24-25
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
(consulté 23/12/14)
- 9- guide de l'INPES
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3n.pdf>
- 10 -Turck D. L'allaitement est toujours le meilleur. Arch Pediatr 2003 ; 166 : 20-2
- 11- S. Taïeb, P. Vennin, P. Carpentier. EBM et choix du patient *Première partie : décider, sur quelle "evidence" ?*. Concepts et outils. Médecine. 2005;1(2):90-92.
<http://www.dmg-nantes.fr/phocadownload/fichiers/DES/ebm%20et%20choix%20du%20patient.pdf>
(consulté 20/03/15)
- 12- Dortier J-F. *L'univers des représentations ou l'imaginaire de la grenouille.*, Revue Sciences Humaines n°128, 2002 juin
- 13- Carl Rogers, wikipédia
http://fr.wikipedia.org/wiki/Carl_Rogers

- 14- Girard L. *Communiquer autour de l'allaitement maternel en France*, les Dossiers de l'Obstétrique, 2008 décembre, n°377, p25-26
- 15- WONCA Europe. *La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille*.2002
- 16- Bayot I. :*Désir d'allaiter, volonté d'allaiter*.
Dossiers de l'allaitement n°40, LLL France, 1999
- 17- Kurth Aviles L. *Place du médecin généraliste dans l'accompagnement de l'allaitement maternel. Enquête auprès de 84 médecins généralistes de Moselle et de 122 femmes concernées par l'allaitement maternel*. Thèse de Médecine. Faculté de Médecine de Nancy, 2006
- 18- Lévy L. *Comment faire un diagnostic de situation. L'approche systémique en médecine générale*. Revue du Praticien Médecine Générale 2004; 674/675: 1482-86.
- 19- Knibiehler Y et Thouielle E
L'allaitement maternel : une dynamique à bien comprendre.
[Dominique Blin](#), [Michel Soule](#), [Édith Thoueille](#), Editions Eres, 2003, p95-146
- 20- Thirion M. *L'allaitement maternel- De la naissance au sevrage*. Nouvelles édition. Paris : Albin Michel ; 2004, p14-16.
- 21- Rioul I. *Médecins et allaitement maternel de l'Antiquité à nos jours*.
Thèse de Médecine Strasbourg, 1996.
- 22- Roques. N *Allaitement maternel et proximité mère- bébé*,
Editions Erès, 2003
- 23- Elisabeth Badinter
la femme, la mère, le conflit, 2010, éditions Flammarion, p103-136, p 33-36
- 24- la Leche League France
<http://www.lllfrance.org/Qui-sommes-nous/Historique-de-LLL-France.html>
(consulté 5/01/2015)
- 25- Martine Herzog Evans, « *Féminisme biologique, allaitement et travail. Une nouvelle forme d'autodétermination des femmes* », séminaire Droit des femmes face à l'essor de l'intérêt de l'enfant
La Revue des Droits de l'Homme n°3, juin 2013
<http://revdh.files.wordpress.com/2013/06/8seminaireherzog1.pdf>
- 26- Institut des Mamans. *L'allaitement en France aujourd'hui*, 2003
<http://institutdesmamans.com>
- 27- LETTRE D'INFORMATION DE LA PLATEFORME SANITAIRE ET SOCIALE DE PICARDIE,
OR2S PICARDIE n°26 décembre 2014,
<http://www.or2s.fr/Portals/0/Autres%20sociaux/Plateforme26.pdf>

(consulté le 20/3/2015)

28- Domellöf M, Lonnerdal B, Dewey KG, Cohen RJ, Hernell O. *Iron, zinc, and copper concentrations in breast milk are independent of maternal mineral status*. Am J Clin Nutr 2004 ; 79 : 111-115.

29- MF Picciano. *Nutrient composition of human milk*. Pediatr Clin North Am 2001 ; 48(1) : 53-67.

30- HAS Favoriser l'allaitement maternel, Processus Evaluation, 2006 juin
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/favoriser_lallaitement_maternel_processus_-_evaluation_guide_2006.pdf

31-MERLIER J. *La sensibilisation des adolescents à l'allaitement a-t-elle un impact sur le mode d'alimentation future de leurs nourrissons ?* Thèse médecine générale, Lille, 2014, mai

32- Prescrire Rédaction, *Promouvoir un allaitement maternel*, revue Prescrire. 2008 ; 28 n°297 : 510-519

33- Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D et al. *Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries*. AHRQ Publication No. 07-E007. Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK38337>

(consulté le 20/03/15)

34- WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. *Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis*. Lancet. 2000;355:451-5.

35- Bitoun P.

Valeurs économiques de l'allaitement maternel. Dos Obst, 1994 ; 216 : 10-13

36- OIT *donner aux mères la possibilité d'allaiter leur enfant au travail*, 2012, aout
http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_186625/lang--fr/index.htm
(consulté 20/3/15)

37- Didierjean-Jouveau C.

Reprise du travail et poursuite de l'allaitement,
Allaiter Aujourd'hui n° 72, LLL France, 2007

<http://www.lllfrance.org/Allaiter-Aujourd-hui/AA-72-Reprise-du-travail-poursuite-de-l-allaitement.html?q=travail>

38- Branger B, Cebron M, Picherot G, De Cornulier M. *Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes*. Arch Pédiatr. 1998 Mai ; 5 : 489-96

39- Lahouze M. *Allaitement chez les primipares : choix personnel ou influencé ?*, mémoire DUMAS, 2012 Mars.

40- Israël J. *Plaidoyer pour le bébé contre les « sein-tégristes »*, Spirale 2008, n° 46, 6 p. 135-140

- 41- Gojard S. *L'allaitement, une norme sociale*. Spirales, 2003 ; 27 : 133-137
- 42- Anne-Sophie Ayrat,
Efficacité d'une consultation spécialisée dans les quinze jours du post-partum sur le taux d'allaitement maternel exclusif à un mois : résultats d'un essai contrôlé, randomisé, ouvert auprès de 231 mères, Mémoire 2002, Octobre : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00756049>
- 43- Rollnick S, Miller WR. *Pratique de l'entretien motivationnel : communiquer avec le patient en consultation*. InterEditions ; 2009
- 44-Jacotot E. *Etat des lieux : formation initiale des médecins français en allaitement maternel*. Thèse de médecine, Lyon, 2012
- 45-OMS, *Code International de Commercialisation des Substituts de Lait Maternel*, Genève, 1981 http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf
- 46- Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF :
Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel
Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel - Le rôle spécial des services liés à la maternité, OMS, Genève, 1989, et de *The Global Criteria for the WHO/UNICEF Baby-Friendly Hospital Initiative*, UNICEF, 1992.
<http://www.unicef.org/french/sowc98/r051.htm>
- 47-Décret no 98-688 du 30 juillet 1998 pris en application de l'article L. 121-53 du code de la consommation relatif à la distribution gratuite des préparations pour nourrissons, à la documentation et au matériel de présentation en France
Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, JO Numéro 182 du 8 Août 1998 page 12154
<http://www.lllfrance.org/Textes-officiels-et-legislatifs/Decret-no-98-688-du-30-juillet-1998.html>
- 48- INSEE, *Picardie, diagnostic et perspectives*
http://www.insee.fr/fr/insee_regions/picardie/themes/dossier/diagetperspectives/PDP_dh_santé.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien semi-directif

Bonjour Docteur,

Merci de me recevoir, je suis en post internat,

Comme je vous l'ai expliqué lors de notre prise de rendez-vous pour cet entretien, je m'intéresse pour mon sujet de thèse à l'allaitement maternel vu par les médecins généralistes, leurs attitudes, connaissances et représentations dans l'Oise, département entre autres en recul sur ce sujet par rapport à d'autres régions.

Mon directeur de thèse, Pr JUNG, médecin généraliste à Compiègne et donnant cours à la faculté d'Amiens m'accompagne dans ce travail.

Je viens vers vous pour éventuellement trouver quelques explications puisqu'on n'a pas beaucoup d'informations sur ce sujet dans la littérature.

Il s'agit d'un entretien semi directif car je mène une étude qualitative afin de recenser des idées, notions et des thèmes qui me sont encore inconnus bien qu'ayant en tête certaines hypothèses, cet entretien sera donc, si vous me le permettez, enregistré puisque cette méthode exige la fidélité exacte des propos de la personne interviewée;

Je vous assure que l'anonymat sera strictement respecté.

Nous allons donc commencer ;

I. Le MG et sa consultation avec une Femme en âge de procréer, enceinte, dans le post partum immédiat, allaitante

1. Comment, sur un plan professionnel, vous représentez vous votre rôle par rapport à l'allaitement maternel, en consultation face à une femme en âge de procréer, enceinte, dans le post partum immédiat ou allaitante?

- Relances verbales

- a. Pensez-vous que **votre statut de médecin généraliste**, médecin traitant, médecin de famille vous donne une position spécifique face à la femme? relance : si oui en quoi ? quels atouts, quels inconvénients ?

- i. par rapport **aux autres intervenants**

- ii. par rapport à la façon dont s'organise **le parcours de soins des femmes enceintes et du suivi des nourrissons** =vous sentez vous mis en bonne position par rapport aux confrères, aux familles pour jouer un véritable rôle dans l'allaitement?

- b. Dans votre pratique, vous qualifierez vous de **promoteur de l'allaitement**, ou **d'accompagnateur** dans le choix de la patiente d'allaiter ou pas ?

- c. Quelle **information leur délivrez-vous au sujet de l'allaitement maternel?**

Relances verbales : faites-vous une distinction entre les profils de patientes et le contenu de vos informations? Bienfaits scientifiquement prouvés, le relationnel, le plaisir, le côté

pratique? Naturel? Gratuit? Recommandations? Prévenez-vous des inconvénients inhérents à l'allaitement maternel pour les préparer?

- d. **Recherchez-vous la manière dont l'entourage, plus particulièrement le père est impliqué?**

2. Comment êtes-vous sollicité par les patientes sur le thème de l'allaitement maternel?

- Relances verbales
 - a. **Qui** prend l'initiative d'aborder la question (vous, la femme, le conjoint, la famille)
 - b. **A quel moment** dans la vie de la femme le problème est-il abordé (préconceptionnel, pergravidique, post partum, apparition de problème autre)
 - c. **Quelle place** cela tient-il dans la consultation (motif à lui seul, en fin de consultation, très furtivement etc.) Est-ce un motif principal de consultation ?)
 - d. selon vous, y'a-t-il des profils de femmes qui allaitent?

3. Quels sont les principaux problèmes présentés par les patientes en consultation ?

- Relances verbales
 - a. Problème lié à **l'enfant** (quantités ingurgitées insuffisantes, mauvaise prise de poids, rejet du sein, troubles digestifs, tétée trop longue...)
 - b. Problème lié au **sein de la mère** (production insuffisante, douleurs, problèmes inflammatoires locaux...)
 - c. Problème **technique** (tire lait)
 - d. Problème **social ou économique** (Conciliation allaitement –vie personnelle ; autour de la reprise du travail)
 - e. Problème **environnemental** (Tolérance –position du reste de la famille vis-à-vis de la poursuite de allaitement ; informations contradictoires)
 - f. Problème **psychoaffectif** (lassitude, rupture lien avec enfant,..)

Et comment y répondez-vous ?

- Relances verbales
 - g. **La dialectique** scientifique ou institutionnelle (avantages/inconvénients ; comparaison allaitement/ lait maternise ; les référentiels officiels ; la législation, conseils pratiques, astuces)
 - h. **Les outils** (arrêt de travail, kit de démonstration, tire-lait, sites internet, associations,) précisez.
 - i. **L'adaptation personnalisée, l'empathie** (analyse des représentations de la femme et de son environnement, propositions reflet du souhait et du ressenti de la femme vis-à-vis de l'allaitement et de sa poursuite)
 - j. **Le soutien actif orienté vers une poursuite prioritaire de l'allaitement** (et si oui attitude professorale, moralisatrice, culpabilisatrice)
 - k. **« Utilisation » ou action sur l'entourage, père, parents**

II. Le MG face aux recommandations OMS

L'OMS recommande un allaitement maternel exclusif pendant 6 mois, puis jusqu'à 2 ans au moins dans le cadre de la diversification alimentaire, les campagnes pro allaitement étant nombreuses,

1. Quelle est votre **position** sur ces recommandations? et quelles sont les données qui vous mettent en difficulté pour assurer le rôle de promotion ?
Pensez-vous qu'il est du ressort du médecin traitant de les faire appliquer ? Pourquoi ?
2. Pourquoi, selon vous, il y a une si **grande disparité** avec autres pays d'Europe en termes de prévalence et de durée d'allaitement maternel et la France qui est en recul ?
3. Pensez-vous que faire évoluer les **congés maternités en congés allaitement** pour celles qui décident d'allaiter aurait un impact sur l'initiation et la durée d'allaitement maternel ?
4. ... même question avec une **formation plus approfondie** pendant les études médicales, pendant l'internat, lors de formations continues ou spécifiques sur le sujet ?
5. ... même question avec des **consultations précoces spécifiques** dans le pré partum et post partum immédiat?

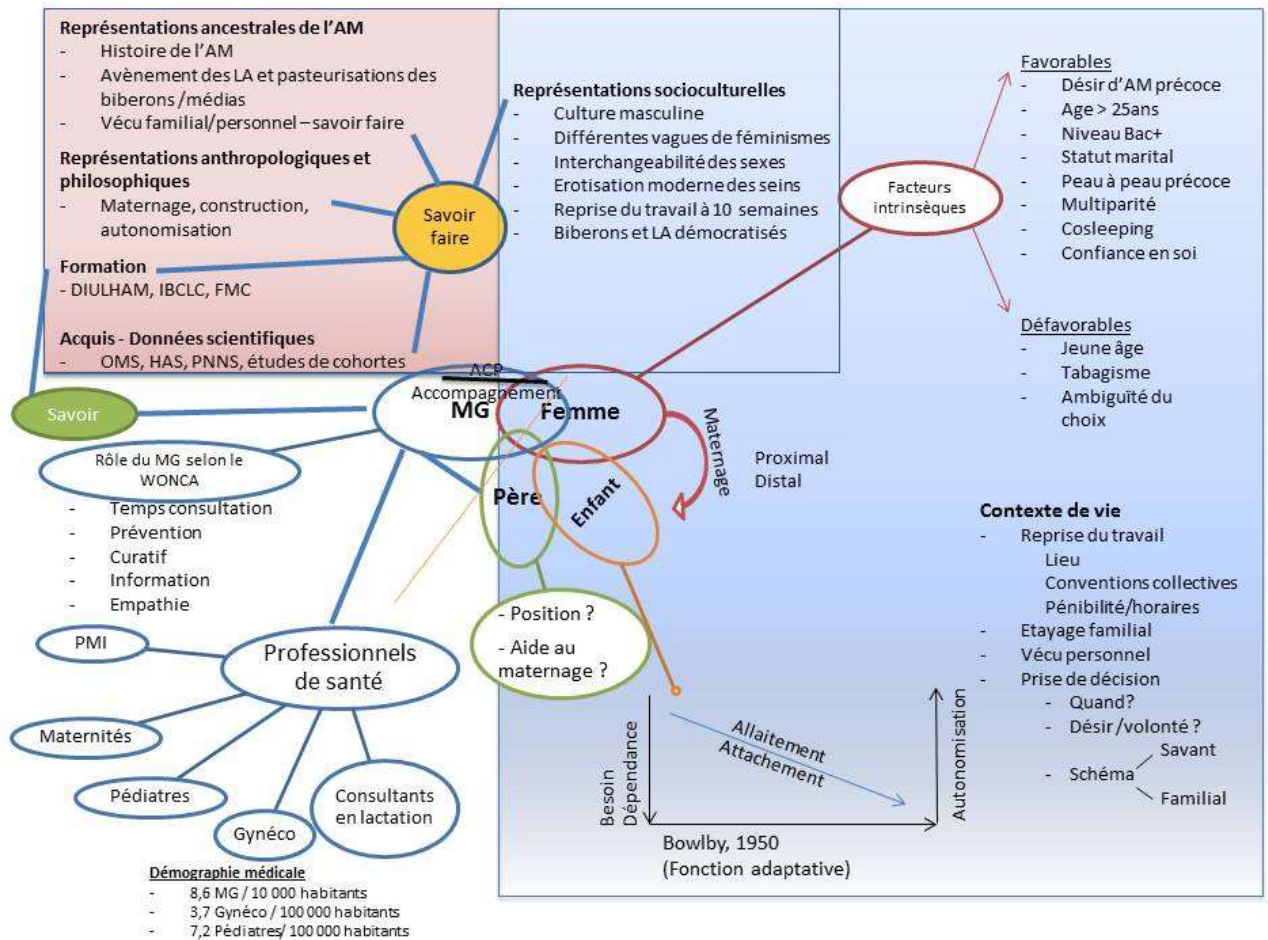
III. Le MG et ses représentations personnelles de l'allaitement maternel

1. Avez-vous une **expérience personnelle de l'allaitement** ? A-t-elle influencé votre exercice médical?
2. Que pensez-vous des associations de soutien à l'allaitement maternel? En connaissez-vous?
3. Pour vous l'allaitement c'est un **droit** que la société doit garantir ? Un **devoir** qu'il faut imposer ? Un **libre choix** de la femme avant tout ? Une **mode** dans l'air du temps ?
4. Etes-vous **convaincu de la supériorité** de l'allaitement maternel sur les autres modes et si oui à quel niveau –expliquez (*physiologique, psychologique, économique,..pour la mère – l'enfant –le couple*)
5. Idem pour **la conviction sur l'allaitement exclusif et l'allaitement prolongé?**
6. avez-vous constaté dans votre pratique des **différences** entre enfants allaités au sein et ceux allaités au lait artificiel?

VI. Pour terminer permettez- moi de vous poser quelques questions vous concernant :

- Age
- Sexe
- Année d'installation
- Lieu d'exercice : ville, semi rural, rural,
- Formation médicale, activité autre
- Nombre d'enfants
- Estimation de votre activité gynécologique obstétrique : faible, moyenne, forte, et pédiatrique : faible- moyenne –forte ?

Annexe 2 : Schéma inspiré du modèle de l'Evidence-Based Medicine



Annexe 3 : Photo de J. Dieudaize, les funambules de la Rochelle (1959)



Annexe 4 : Rapport du Dr Turck : Plan d'action allaitement maternel (2010)

LES OBJECTIFS D'UNE POLITIQUE DE PROMOTION DE L'ALLAITEMENT

- Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement au travers d'actions concertées et coordonnées
- Avoir un autre regard sur l'allaitement
- Mise en images et représentations de l'alimentation infantile et du maternage dans les différents médias en faveur de l'allaitement
- Respect de l'ensemble des dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel
- Informer les femmes, les pères et les familles de l'importance de l'allaitement, et leur procurer les connaissances de base pour la conduite de l'allaitement
- Permettre l'accès pour toutes les femmes à des services de maternité et de soins post-nataux soutenant effectivement l'allaitement
- Amélioration de la formation initiale et continue de tous les professionnels de santé
- Mise en œuvre des standards de pratiques optimales (IHAB), à intégrer dans les critères d'accréditation des maternités par la HAS
- Renforcement du soutien aux mères par des professionnels de santé qualifiés et les groupes de soutien bénévoles
- Mise en place d'actions spécifiques en faveur des groupes plus fragiles : populations défavorisées, enfants prématurés et enfants de faible poids de naissance
- Protéger le droit des femmes à allaiter et le droit des enfants à être allaités
 - Augmentation de la durée du congé de maternité rémunéré
 - Protection de l'allaitement au travail, dans les crèches, chez les assistantes maternelles et dans les lieux publics
- Évaluer et suivre l'efficacité des mesures mises en place (système de surveillance du taux d'initiation et de la durée de l'allaitement)
- Encourager et soutenir la recherche sur l'allaitement

LES ACTIONS FORTES POUR UNE POLITIQUE DE PROMOTION DE L'ALLAITEMENT

1. Mettre en place un coordinateur national de l'allaitement

Il s'agit du premier objectif opérationnel de la déclaration d'Innocenti. C'est un impératif pour :

- Proposer des actions propres à protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement.
- Assurer le suivi et l'évaluation des actions proposées, comme celle visant à obtenir le respect des dix conditions énoncées en 1989 par l'OMS et l'UNICEF, propres à permettre le développement effectif de l'allaitement, reprises secondairement dans le cadre de l'IHAB
- Veiller à l'application de l'ensemble des dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel
- Évaluer régulièrement l'évolution de la prévalence de l'initiation de l'allaitement en maternité et sa durée

Ce coordinateur, rattaché à la DGS, doit être choisi parmi les personnalités reconnues pour leur compétence dans le domaine de l'allaitement

2. Mettre en place un comité national de l'allaitement (CNA)

Présidé par le coordinateur, il comporte des représentants du Ministère de la Santé et des agences de santé [AFSSAPS, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Institut de veille sanitaire (InVS)], des professionnels compétents dans le domaine de l'allaitement et des représentants des associations ayant pour objectif la promotion de l'allaitement. Ce comité doit être intégré à la Commission nationale de la naissance, qui

pourrait devenir la Commission nationale de la naissance et de l'allaitement (car l'allaitement va bien au-delà de la naissance).

3. Mettre en place au sein des agences régionales de santé (ARS) un référent pour l'allaitement

Ce référent est chargé au niveau régional du suivi des actions de promotion de l'allaitement, de l'application des dispositions réglementaires, et du suivi de l'évolution régionale de la prévalence de l'initiation et de la durée de l'allaitement, en étroite relation avec les réseaux de périnatalité et les commissions régionales de la naissance. Cette mission pourrait être confiée au correspondant PNNS de chaque région.

4. Mettre en place dans chaque maternité un référent pour l'allaitement

Ce référent est chargé de coordonner avec l'ensemble du personnel soignant de la maternité les actions permettant d'aider chaque mère qui le souhaite à initier l'allaitement dans les meilleures conditions et à pouvoir l'inscrire dans la durée, en fonction de son projet.

5. Mettre en place, entre J8 et J15, une consultation par un professionnel de santé formé

Cette consultation, remboursée à 100%, est destinée à l'évaluation de l'allaitement chaque fois que cela paraît souhaitable, idéalement de manière systématique pour toute femme allaitante, avec la création d'une nomenclature spéciale pour ce type de consultation.

6. Allonger la durée du congé de maternité rémunéré dans sa période post-natale de 10 à 14 semaines

Un congé post-natal plus long est un élément décisif pour une poursuite plus satisfaisante de l'allaitement, dont la prévalence s'effondre aujourd'hui environ 10 semaines après la naissance. Cet allongement du congé post-natal, proposé à toutes les femmes, permettra d'augmenter la durée de l'allaitement exclusif, dont les bénéficiaires pour la santé de l'enfant sont surtout sensibles pour une durée d'au moins 3 mois. Les populations défavorisées, qui allaitent peu et sont contraintes de reprendre le travail rapidement pour des raisons économiques, pourront profiter plus particulièrement de cette mesure.

7. Informer les employeurs publics et privés des avantages, pour eux-mêmes et leurs employés, de la poursuite de l'allaitement après la reprise du travail

8. Respecter les droits des femmes qui allaitent après la reprise du travail et garantir aux femmes qui optent pour un travail à temps partiel ou un congé parental la garantie de leur emploi et de leur projet de carrière professionnelle

Ces garanties sont indispensables pour aller dans le sens d'une plus grande équité femme/homme et du respect des droits des femmes.

9. Rendre obligatoire dans les structures d'accueil de nourrissons et de jeunes enfants et chez les assistantes maternelles l'application des recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) sur le recueil, le transport et la conservation du lait maternel.

Ces recommandations sont contenues dans le rapport de juillet 2005 intitulé « Recommandations d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons ».

10. Mettre en place un système de surveillance épidémiologique national

Cette mission est du ressort de l'InVS, en liaison avec les ARS, par exploitation des certificats de santé du 8ème jour et du 9ème mois et par enquêtes annuelles, car on ne dispose aujourd'hui que de données sur l'initiation de l'allaitement en maternité et quasiment pas sur sa durée.

Annexe 5 : Définition européenne de la médecine générale en 2002 la discipline médecine générale – médecine de famille

La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

1. Les caractéristiques de la discipline médecine générale

– médecine de famille sont les suivantes :

- a) Elle est habituellement le **premier contact** avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- b) Elle utilise de **façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels** de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- c) Elle développe une **approche centrée sur la personne** dans ses dimensions individuelle, familiale, et communautaire.
- d) Elle utilise un mode de **consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient** basée sur une **communication appropriée**.
- e) Elle a la responsabilité d'assurer des **soins continus** et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- f) Elle base sa **démarche décisionnelle spécifique** sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- g) Elle gère simultanément **les problèmes de santé aigus et chroniques** de chaque patient.
- h) Elle intervient à un **stade précoce et indifférencié** du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- i) Elle favorise **la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace**.
- j) Elle a une **responsabilité spécifique de santé publique** dans la communauté.
- k) Elle répond aux **problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle**.

2. La spécialité médecine générale – médecine de famille :

Les médecins généralistes-médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une **responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté**. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils **intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés**.

Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services.

Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.

RESUME

L'allaitement maternel, recommandé par l'OMS et promu par les PNNS en France de manière exclusive jusqu'à 6 mois et au sein d'une alimentation diversifiée jusqu'à 2 ans au moins, connaît une nette progression depuis ces 20 dernières années grâce à des prises de conscience collectives. Pourtant, la France reste derrière ses voisins européens, et la Picardie à la traîne en France. Le médecin généraliste, acteur de premier recours, conseiller et pivot de la prise en charge de la famille, se doit d'avoir un rôle important pour l'alimentation de l'enfant. Quelles sont les représentations de son rôle quant à l'allaitement maternel, aux recommandations et quels sont les obstacles à sa mise en pratique ?

Une étude qualitative auprès de 17 médecins du sud de l'Oise a été menée pour comprendre leur réalité d'exercice et l'intrication des paramètres en jeu. Le principal biais de l'étude est lié à la situation personnelle de l'investigatrice, le point fort de l'étude est l'approche qualitative du sujet laissant libre cours au discours du généraliste afin de constater sa position.

Leur vision de prime abord positive de l'allaitement maternel apparaît parasitée par la complexité de représentations issues d'expériences personnelles, professionnelles et relatives à des valeurs socioculturelles, historiques, philosophiques, éthiques. L'échappement du suivi, la perception de l'intimité du sujet et du respect de la liberté de choix de la femme impliquant la non culpabilisation influencent leur pratique. Ils relativisent l'applicabilité des recommandations par les difficultés de vie leurs patientes, et ils ne font pas de ce thème de santé publique un enjeu à promouvoir coûte que coûte. L'allongement du congé maternité, les consultations individualisées précoces, la formation et une homogénéisation du discours maternité-ville sont des pistes que les médecins avancent pour peut-être améliorer les taux d'allaitement.

Mots clefs: Position, représentation, allaitement maternel, médecin généraliste, qualitatif, Oise

SUMMARY

Breastfeeding, as recommended by WHO and promoted by NFHP in France exclusively until 6 months of age and within a diversified diet until at least 2 years of age, has significantly increased in the last 20 years in France due to a global awakening in French society. However, France remains behind its European neighbors, with Picardy particularly lagging behind in France. The general practitioner (GP), first in line, is closest to the family and must take part in the child's diet. What are the representations of the GP's role in breastfeeding, in its recommendations, and what obstacles are met when practicing?

A qualitative study of 17 doctors from southern Oise was conducted to understand the reality of their exercise and the intricacy of the parameters involved. The main biases of the study is related to the investigator involved personal situation, the strong point of the study is a qualitative approach to the subject allowing the GP free speech order to better unveil its position.

The GP's supposedly positive vision of breastfeeding seems to be influenced by personal and professional experiences, as well as socio-cultural, historical, philosophical, ethical considerations. Loss of follow-up, perception of privacy and the will to respect the women's freedom of choice without making them feel guilty affects their practice. They put into perspective the applicability of the recommendations taking into consideration the difficulties met in their patient's way of life, and they do not promote this public health issue at whatever stake it takes. Extension of the maternity leave, early specific consultations, training and homogenization of speech between the maternity and the private practitioner are tracks that doctors may suggest to improve breastfeeding rates.

Keywords: Position, representation, breastfeeding, general practitioner, qualitative, Oise