



HAL
open science

Représentations de l'allaitement maternel chez les médecins généralistes du Finistère Sud. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Élodie Carric

► **To cite this version:**

Élodie Carric. Représentations de l'allaitement maternel chez les médecins généralistes du Finistère Sud. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03163897

HAL Id: dumas-03163897

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03163897>

Submitted on 9 Mar 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License



THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Année : 2021

Thèse présentée par :

Madame Carric Elodie
Née le 29/08/1989 à Quimper

Thèse soutenue publiquement le 04 mars 2021

Titre de la thèse :

Représentations de l'allaitement maternel chez les médecins généralistes du
Finistère Sud.

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés.

Président Mr le Professeur LE FLOC'H Bernard
Membres du jury Mr le Professeur DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc
Mr le Professeur CHIRON Benoît
Mr le Docteur POSTEC Jean-Luc

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST

Doyens honoraires

FLOCH Hervé (†)

LE MENN Gabriel (†)

SENECAIL Bernard

BOLES Jean-Michel

BIZAIS Yves (†)

DE BRAEKELEER Marc (†)

Doyen

BERTHOU Christian

Professeurs émérites

BOLES Jean-Michel

BOTBOL Michel

CENAC Arnaud

COLLET Michel

JOUQUAN Jean

LEFEVRE Christian

LEHN Pierre

MOTTIER Dominique

OZIER Yves

YOUINOU Pierre

Réanimation

Pédopsychiatrie

Médecine interne

Gynécologie obstétrique

Médecine interne

Anatomie

Biologie cellulaire

Thérapeutique

Anesthésiologie-réanimation

Immunologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BERTHOU Christian

BRESSOLLETTE Luc

COCHENER-LAMARD Béatrice

DEWITTE Jean-Dominique

DUBRANA Frédéric

Hématologie

Médecine vasculaire

Ophthalmologie

Médecine et santé au travail

Chirurgie orthopédique et traumatologique

FEREC Claude	Génétique
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GILARD Martine	Cardiologie
GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
KERLAN Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEROYER Christophe	Pneumologie
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie obstétrique
MISERY Laurent	Dermato-vénéréologie
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
TIMSIT Serge	Neurologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'adultes

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

AUBRON Cécile	Réanimation
BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BEN SALEM Douraid	Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BEZON Éric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUEYMES Maryvonne	Immunologie
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
HUET Olivier	Anesthésiologie-réanimation
L'HER Erwan	Réanimation
LACUT Karine	Thérapeutique
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino-laryngologie
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie

NEVEZ Gilles	Parasitologie et mycologie
PAYAN Christopher	Bactériologie-virologie
PRADIER Olivier	Cancérologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie
STINDEL Éric	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
VALERI Antoine	Urologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

ABGRAL Ronan	Biophysique et médecine nucléaire
ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
BRONSARD Guillaume	Pédopsychiatrie
CORNEC Divi	Rhumatologie
CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
GENTRIC Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
IANOTTO Jean-Christophe	Hématologie
LE GAC Gérard	Génétique
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
LE VEN Florent	Cardiologie
LIPPERT Éric	Hématologie
THEREAUX Jérémie	Chirurgie digestive
TROADEC Marie-Bérengère	Génétique

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

JAMIN Christophe	Immunologie
MOREL Frédéric	Biologie et médecine du développement et de la reproduction

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

BRENAUT Emilie	Dermato-vénéréologie
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
HILLION Sophie	Immunologie
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses
LE GAL Solène	Parasitologie et mycologie
LODDE Brice	Médecine et santé au travail

MAGRO Elsa	Neurochirurgie
MIALON Philippe	Physiologie
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et biologie moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et médecine nucléaire
SCHICK Ulrike	Cancérologie
TALAGAS Matthieu	Histologie, embryologie et cytogénétique
UGUEN Arnaud	Anatomie et cytologie pathologiques
VALLET Sophie	Bactériologie-virologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

BERROUGUET Sofian	Psychiatrie d'adultes
GUILLOU Morgane	Addictologie
ROBIN Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
ROUE Jean-Michel	Pédiatrie
SALIOU Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TROMEUR Cécile	Pneumologie

Professeurs des Universités de Médecine Générale

LE FLOC'H Bernard
LE RESTE Jean-Yves

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

BARAIS Marie
NABBE Patrice

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BEAURUELLE Clémence	Bactériologie virologie
BAGACEAN Cristina	Hématologie
CHAUVEAU Aurélie	Hématologie biologique
KERFANT Nathalie	Chirurgie plastique
ROPARS Juliette	Pédiatrie
THUILLIER Philippe	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

Professeur des Universités Associé

METGES Jean-Philippe	Cancérologie
-----------------------------	--------------

Maître de Conférences des Universités Associé

GURIEC Nathalie

Nutrition

Professeurs des Universités Associés de Médecine Générale

BARRAINE Pierre

CHIRON Benoît

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

BEURTON-COURAUD Lucas

DERRIENNIC Jérémy

VIALA Jeanlin

Professeur des Universités

BORDRON Anne

Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités

BERNARD Delphine

Biochimie et biologie moléculaire

BOUSSE Alexandre

Génie informatique, automatique et traitement du signal

DANY Antoine

Epidémiologie et santé publique

LE CORNEC Anne-Hélène

Psychologie

LANCIEN Frédéric

Physiologie

LE CORRE Rozenn

Biologie cellulaire

MIGNEN Olivier

Physiologie

MORIN Vincent

Electronique et informatique

Maîtres de Conférences des Universités Contractuels LRU

GHIS MALFILATRE Marie

Sociologie démographie

MERCADIE Lolita

Psychologie

Attachée Temporaire d'Enseignement et de Recherche

GHANEM Rosy

Biochimie et biologie moléculaire

Professeurs Certifiés / Agrégés du second degré

MONOT Alain

Français

RIOU Morgan

Anglais

Professeurs Agrégés du Val-de-Grâce (Ministère des Armées)

DULOU Renaud

Neurochirurgie

Maîtres de Stages Universitaires - Référents (Ministère des Armées)

LE COAT Anne

Médecine Générale / Urgence

SCELLOS Olivia

Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Aux membres de ce jury,

A Monsieur le Professeur LE FLOC'H Bernard, de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury et d'en être le co-directeur. Merci pour votre disponibilité. Soyez assuré de mon profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur POSTEC Jean-Luc, pour avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Merci pour vos conseils et votre soutien. Merci de m'avoir transmis votre intérêt pour le sujet de l'allaitement maternel. J'espère être digne de votre enseignement. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc, d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Par votre expérience dans le domaine de la pédiatrie c'est un honneur que vous puissiez analyser mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur CHIRON Benoît, pour avoir accepté de juger ce travail. Votre expérience dans le domaine de la médecine générale sera d'une grande valeur dans l'analyse de mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et mon profond respect.

A ma famille,

A Maxime. Croiser ta route est la meilleure chose que la vie m'ait apporté. Merci pour ton amour, pour ta présence qui m'illumine, pour ton soutien à chaque instant. Je t'aime infiniment.

A Alexandre et Gabrielle, mes enfants, par vos rires, vos jeux et votre regard sur le monde, vous m'apprenez chaque jour les priorités d'une vie. Vous êtes que ce j'ai de plus précieux. Je vous aime.

A Pascal, mon père, merci de m'avoir soutenu durant ces longues années d'études et de m'avoir fait partager la valeur du travail. **A Cécile**, pour ton soutien, ton attention et ta gentillesse.

A Fabienne, ma mère, pour m'avoir transmis cette vocation pour le soin, le soutien des patients et de leur proche.

A Aurore, ma sœur, merci d'avoir été là tout au long de ces années. Merci pour ces innombrables heures téléphoniques, pour ton soutien inébranlable. Tu es la meilleure des sœurs, et la meilleure des amies. Et **a Alessandro**, c'est toujours un plaisir de partager des moments ensemble, je suis heureuse que tu fasses partie de la famille.

A Florian mon frère, **et à Sonia**, c'est un bonheur de vous voir évoluer ensemble, merci pour ces moments partagés.

A Elisabeth et Gérard, de m'avoir accueillie avec tant de gentillesse et de générosité. C'est un honneur pour moi de faire partie de votre famille.

A Fabrice et Marie, par votre expérience de quelques années d'avance vous avez été des modèles. Merci pour votre soutien, merci d'avoir été là à Angers, votre présence était inestimable. C'est un vrai plaisir à chaque instant partagé, je suis heureuse de vous compter parmi mes proches. **A Timothée**, notre neveu préféré.

A mes amis,

A l'équipe guingampaise : Candice et Vincent, Marion et Thomas, Aude et Jérémie, Laure et Gaëtan, Cynthia et Samuel, Claude, et à tous leurs enfants. Merci pour tous ces bons moments passés, du Sud de la France aux traditionnelles Vieilles Charrues ! C'est toujours un immense plaisir de se retrouver, et un honneur de pouvoir vous compter parmi mes amis.

A Jeanne et Romain, pour tous ces moments partagés, du quotidien de la colocation, en passant par les festifs tonus et vacances espagnoles. Merci pour votre soutien et votre amitié.

A Céline et à Benjamin, je suis heureuse de vous compter parmi mes amis.

A Emmanuelle, merci pour ton intérêt pour ce sujet de thèse et pour ton soutien.

A Aurore et Elise, de me faire l'honneur de partager ce projet d'installation. Je fais le souhait d'être à la hauteur de nos ambitions, en tant que médecin et en tant qu'amie.

A Adrien, pour ton soutien durant ce premier semestre d'internat, pour nos périple au son de Radio Bonheur !

A Tif, pour ces bons moments passés de l'internat Paimpolais au Pays Fouesnantais.

A mes co-externes, Eléonore, Marie, Danaé, Leslie, Simon, Julie, Joséphine et tous les autres, pour ces premiers pas dans le milieu médical, expériences parfois éprouvantes, souvent joyeuses, toujours enrichissantes. Je garde un souvenir ému de ces premières années, merci d'avoir été à mes côtés.

A mes maitres de stage,

A l'équipe des Urgences de Paimpol, pour votre soutien et votre pédagogie durant ce premier semestre d'internat. Je vous remercie pour votre bienveillance durant ces premiers mois de grossesse.

A l'équipe de Médecine Gériatrique de Paimpol, pour votre accueil et votre bienveillance. **Aux Docteur SIMONET Véronique et au Docteur GHRIBI Karim**, merci de m'avoir fait partager vos compétences en matière de poly-pathologies, de m'avoir transmis votre détermination et votre rigueur.

Aux Docteurs ABIVEN Muriel, MAGADUR Véronique, MICHELET Estelle, OGOR Marie-Véronique, BELLOT Charles et à toute l'équipe de Médecine Pédiatrique de Quimper. Je vous suis très reconnaissante de m'avoir transmis vos compétences dans le

domaine de la médecine de la femme et de l'enfant. Votre empathie et votre investissement pour vos patients sont un modèle pour ma pratique. Merci pour votre générosité et votre sympathie.

Aux Docteurs DELAUAUD Dominique, HERBERT Patrick, KLOTZ Thomas, NICOLAS Anne-Catherine, POSTOLLEC Gérard, YSNEL Nathalie, par votre bienveillance et votre rigueur vous m'avez permis d'évoluer dans ma pratique professionnelle. Merci de m'avoir transmis votre confiance.

A toute l'équipe de l'Etablissement Public de Santé Mentale Charcot, vous m'avez montré les nombreux obstacles aux soins des patients atteints de troubles psychiatriques et les conséquences des innombrables préjugés. Cette expérience sera pour moi une référence dans la reconnaissance du patient et de sa maladie ainsi que dans sa prise en charge. Merci pour votre sympathie.

A Monsieur le Professeur MABO Philippe, pour m'avoir accordé votre confiance.

A Monsieur le Professeur BRETAGNE Jean-François et à Monsieur le Professeur SIPROUDHIS Laurent, votre empathie et votre bienveillante pédagogie ont marqué mon externat, soyez assurés de toute ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Professeur GREMMO-FEGER Gisèle et à Monsieur Le Professeur SIZUN Jacques, de votre enseignement est né ce projet de thèse. Merci de nous avoir appris à interroger nos croyances et d'avoir inscrit le « Prouvez- le » dans notre démarche de soin. Veuillez recevoir toute ma gratitude et mon profond respect pour votre dévotion concernant les plus petits et pour votre engagement à positionner l'enfant et sa famille au centre du soin.

A Monsieur le Docteur DAILLAND Thomas et à l'équipe du Service Pédiatrique de Morlaix.

Aux 11 médecins généralistes ayant répondu aux entretiens. Soyez remerciés pour le temps que vous avez pu me consacrer. Merci de votre accueil et de votre sympathie.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AM : Allaitement Maternel
COREQ : COnsolidated Criteria for REporting Qualitative research
CSP : Catégorie Socio Professionnelle
DGS : Direction Générale de la Santé
ENP : Enquête nationale Périnatale
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques
DROM : Département et Région d’Outre-Mer
EPP : Entretien Périnatal Précoce
FMC : Formation Médicale Continue
IMC : Indice de Masse Corporelle
INPES : Institut National de Prévention de d’Education pour la Santé
INSERM : Institut National de la Santé et de la recherche Médicale
MIN : Mort Inattendue du Nourrisson
MLF : Mouvement de Libération de la Femme
PMI : Protection Materno - Infantile
PN : préparations pour nourrisson
PNNS : Programme National Nutrition Santé
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
UNICEF : United Nation International Children’s Emergency Fund

RÉSUMÉ

Introduction: En France en 2016, 52,2 % des nouveau-nés étaient allaités exclusivement à la naissance, avec un taux qui baissait rapidement et précocement. L'objectif de l'étude était de réaliser un état des lieux des représentations de l'allaitement maternel chez les médecins généralistes et de leur place dans la promotion de l'allaitement maternel.

Méthode: Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés a inclus 11 médecins généralistes du Finistère Sud par échantillonnage raisonné d'août à novembre 2020. Les entretiens retranscrits au mot à mot, ont été analysés par double codage, ouvert, en axial.

Résultats: La population était exhaustive sur plusieurs critères tel que le genre, l'expérience familiale d'allaitement, la pratique gynécologique et pédiatrique, et la méthode de formation continue. L'étude a montré une ambivalence des représentations entre volonté de répondre aux recommandations OMS et PNNS et adhésion à une norme sociétale basée sur leur expérience personnelle. Les médecins ont exprimé des difficultés concernant des situations de conciliation allaitement - travail et d'allaitement dans la durée. Ils ont affirmé leur volonté principale de soutien à la mère et de neutralité quel que soit le mode d'alimentation de son enfant.

Conclusion : Cette ambivalence a permis de réfléchir aux différentes pistes pouvant améliorer le suivi du nourrisson et de sa mère par le médecin généraliste. Un travail de réflexion sur l'origine de ses propres représentations sera déterminant pour accompagner les parents dans un choix libre et éclairé. La formation, la connaissance des bénéfices de l'entretien prénatal, la pratique pluridisciplinaire dont un lien avec la médecine du travail sont des axes de travail à mener pour l'avenir.

SUMMARY

52, 2 % of newborn were breastfed in 2016 in France, with a rate that dropped quickly and early. The objective of the study was to assess general practitioners breastfeeding representation and their place in the breastfeeding promotion. This qualitative study with semi-directed interviews included 11 South Finisterian general practitioners from a sampling based on various criteria, from August to November 2020. The interviews were transcribed verbatim and analyzed by axial open coding. The population was exhaustive on several criteria such as gender, family breastfeeding experience, gynecological and pediatric practice and ongoing training. The results show an ambivalence of representations between willingness to respond to WHO's and PNNS's recommendations and adherence to a social standard based on their personal experience. General practitioners have expressed difficulties regarding the conciliation between breastfeeding returning to work and extended breastfeeding. They affirmed their main desire is to support the mother and to be neutral regardless of the way her child is fed. This ambivalence has enabled us to reflect on the different ways to improve the follow-up of the infant and its mother by the general practitioner. Reflecting on the origin of its own representation will be decisive in supporting parents in making a free and informed choice. Training, knowledge of the benefits of prenatal setting, multidisciplinary practice including a link with occupational medicine are the main lines of work for the future.

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction.....	p13
	A. Définitions.....	p13
	B. L'allaitement maternel dans le monde.....	p14
	C. L'allaitement maternel en France.....	p15
	1. Les sources de données.....	p15
	2. Initiation à l'allaitement maternel.....	p15
	3. Durée de l'allaitement maternel.....	p17
	4. Le sevrage.....	p18
	D. L'allaitement maternel dans le Finistère.....	p19
	E. Promotion de l'allaitement maternel.....	p20
	1. Organisations gouvernementales.....	p20
	2. Organisation non gouvernementales.....	p20
	3. Réseau santé périnatal.....	p21
	4. PMI.....	p21
	5. Association de professionnels de santé.....	p21
	F. Objectif de l'étude.....	p21
II.	Méthode.....	p22
III.	Résultats.....	p24
	A. Description de la population.....	p24
	B. Description des entretiens.....	p25
	C. Résultats de l'analyse qualitative des données.....	p26
	1. Représentation de la mère allaitante.....	p27
	2. Représentation de l'enfant allaité.....	p37
	3. Représentation de l'allaitement dans la société.....	p41
	4. L'allaitement maternel en médecine générale.....	p47
IV.	Discussion.....	p55
	A. Bilan de l'étude.....	p55
	B. Points forts et limites.....	p56
	1. Points forts.....	p56
	2. Limites.....	p56
	C. Discussion des résultats et littérature.....	p58
	1. Médecin généraliste et enfant allaité.....	p58
	2. Médecin généraliste et mère allaitante.....	p63
	3. Médecin généraliste et influence sociétale sur l'allaitement maternel.....	p68
	4. Médecin généraliste et allaitement maternel: en pratique.....	p72
V.	Conclusion.....	p75
	Bibliographie.....	p77
	Annexes.....	p82

I. Introduction

L'allaitement maternel constitue la référence pour l'alimentation du nourrisson pendant les premiers mois de la vie : c'est un enjeu majeur de santé publique.

Le médecin généraliste, en sa qualité de médecin de famille, est un des principaux acteurs en soins primaires. Le suivi des femmes enceintes et des nourrissons fait partie de ses missions.

A. Définitions

Des consultations internationales ont permis de préciser les définitions des différents modes d'allaitement, afin de faciliter les comparaisons entre études. En 2007 une actualisation des définitions a permis de préciser les pratiques d'alimentation du nouveau-né (1).

Allaitement maternel : Mode d'alimentation où l'enfant est nourri au lait maternel, soit au sein soit au biberon.

Allaitement maternel exclusif : l'enfant ne se nourrit que du lait de sa mère ou d'une nourrice, ou de lait de femme exprimé, il ne prend aucun autre liquide ou solide sauf vitamines, sels minéraux ou médicaments

Allaitement maternel partiel ou mixte : association d'un allaitement maternel à un allaitement artificiel, à une autre nourriture ou de l'eau.

Allaitement artificiel : Mode d'alimentation où l'enfant reçoit des substituts industriels du lait maternel.

Alimentation de complément : Mode d'alimentation où des aliments dits « de complément » sont ajoutés à l'allaitement maternel, pour le compléter et non le remplacer.

Sevrage : Processus menant à l'arrêt complet de l'allaitement maternel.

Diversification alimentaire : Introduction progressive d'autres aliments que le lait à l'alimentation de l'enfant afin de suivre l'évolution de ses besoins.

Préparations pour nourrisson (PN) du commerce : Les PN regroupent les denrées alimentaires destinées à l'alimentation des nourrissons de 0 à 6 mois.

B. L'allaitement maternel dans le monde

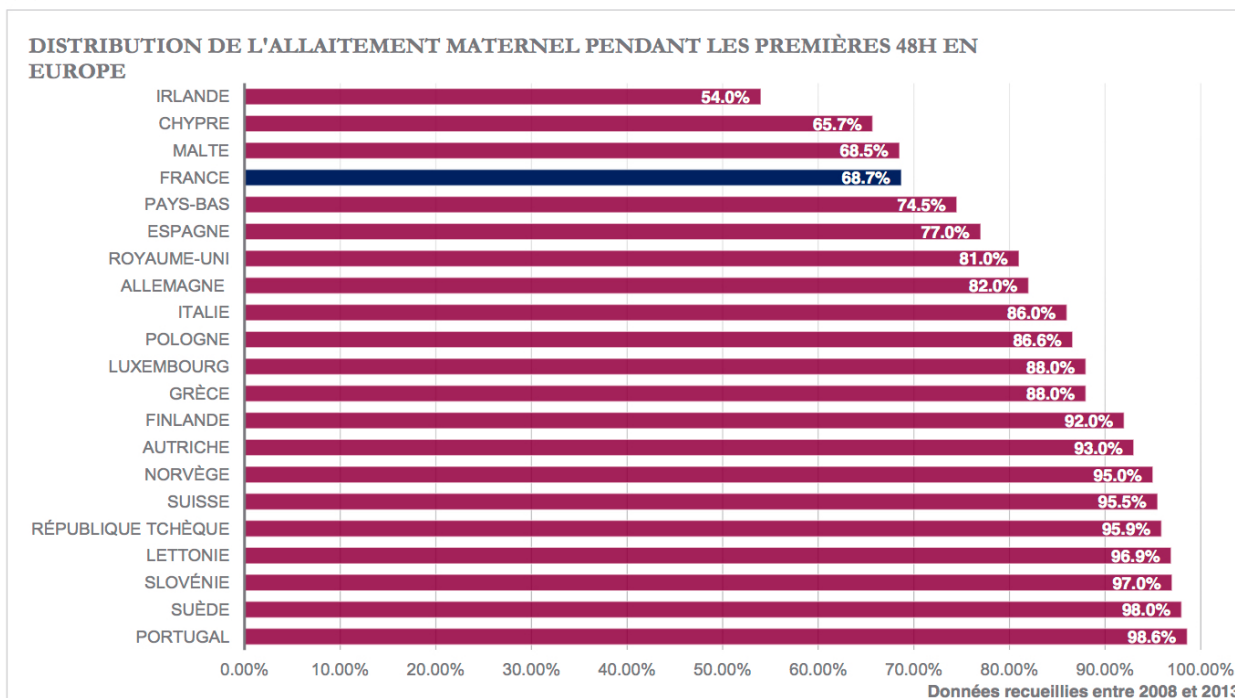
Le rapport « Dès la première heure de vie » (From the First Hour of Life) de l'United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) (2) dresse un état des lieux des pratiques d'alimentation des nourrissons et jeunes enfants dans le monde.

Concernant l'allaitement maternel :

- Sur les 140 millions de naissances en 2015 seul 45% ont bénéficié d'une mise au sein dans l'heure suivant la naissance.
- Trois enfants sur cinq de moins de 6 mois n'ont pas bénéficié des bénéfices protecteurs d'un allaitement maternel exclusif.
- Le taux d'allaitement maternel décroît d'un tiers entre l'âge de 12 et 23 mois.

Selon une méta-analyse Lancet (3), généraliser l'allaitement maternel pourrait éviter chaque année la mort de 823 000 enfants de moins de 5 ans et prévenir des pathologies infantiles. De plus cette généralisation pourrait diminuer de 20 000 le nombre annuel de décès par cancer du sein. L'impact économique serait considérable : 90% d'allaitement maternel aux États-Unis pourrait faire économiser 2,4 milliards de dollars.

En Europe un groupe de pays se distinguent par des taux d'allaitement maternel à 48h supérieurs à 95% (pays scandinaves, Portugal). La France se classe parmi les taux les plus bas, loin derrière nos voisins anglais, allemands ou italiens (4).



Victoria, 2016, *The Lancet* 387(10017): 475-490. ; Euro-peristat, 2010, European Perinatal Health Report, 252

Graphique 1 : Initiation de l'allaitement maternel en Europe

C. L'allaitement maternel en France

La promotion de l'allaitement maternel fait partie des objectifs de santé publique du Programme National Nutrition Santé (PNNS) (5). S'appuyant en partie sur les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (6) qui préconise un AM exclusif jusqu'à 6 mois et la poursuite ensuite de l'allaitement jusqu'à au moins 2 ans, le PNNS recommande, pour sa part, l'allaitement maternel exclusif des nourrissons jusqu'à 6 mois si possible, et au moins jusqu'à 4 mois pour un bénéfice santé (7).

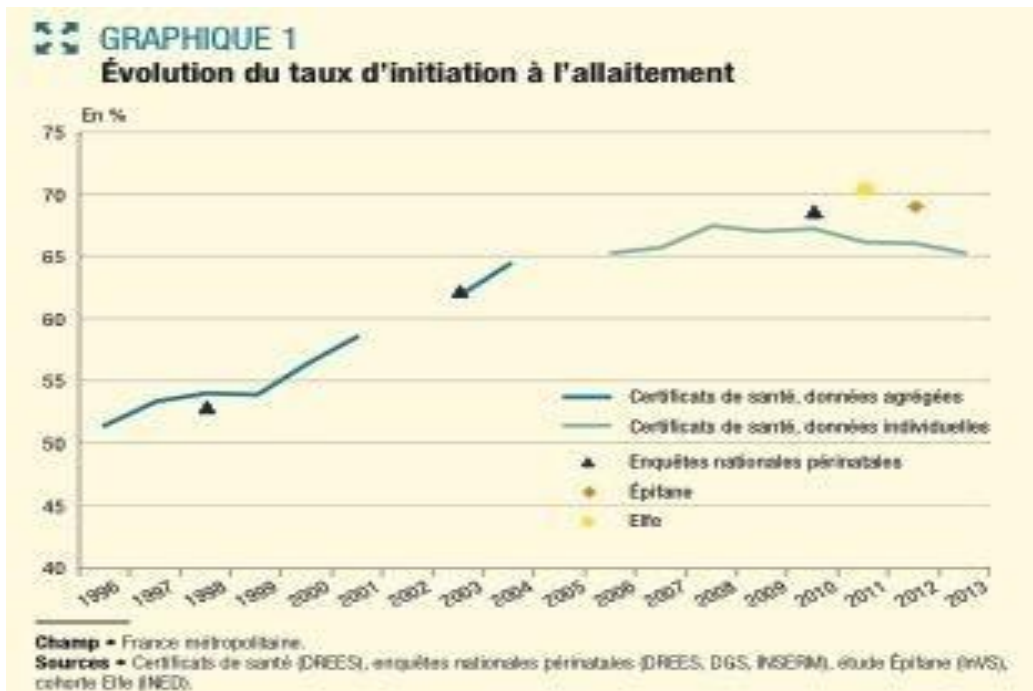
1. Les sources de données

Différentes sources de données nous permettent un suivi de l'évolution des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en France :

- Les trois certificats de santé obligatoires de l'enfant (réalisés au 8^{ème} jour, au 9^{ème} mois et au 24^{ème} mois) fournissent des résultats confirmant ceux des autres sources sur l'allaitement, et permettent d'obtenir des données annuelles au niveau départemental.
- L' Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) associé à la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) et la Direction Générale de la Santé (DGS) nous fournissent via leurs enquêtes nationales périnatales (ENP) un suivi de l'évolution de plusieurs indicateurs de santé de la mère et de l'enfant incluant la pratique d'allaitement maternel (8).
- Dans le cadre de la mise en place d'un système national de surveillance de l'alimentation des enfants durant leur première année de vie, l'étude Epifane a été réalisée, en 2012-2013, sur un échantillon de 3 368 couples mère-enfant recrutés dans 136 maternités tirées au sort en France métropolitaine. Les mères étaient interrogées à la maternité et à 1, 4, 8 et 12 mois. Cette étude s'intéresse à la fréquence, la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel, mais aussi au type, à la durée et la quantité des substituts utilisés et enfin aux modalités de la diversification alimentaire (9).

2. Initiation à l'allaitement maternel

La part des enfants allaités à la naissance a beaucoup progressé entre la fin des années 1990, où elle était inférieure à 55 %, et la seconde moitié des années 2000 où elle dépasse 65 %.

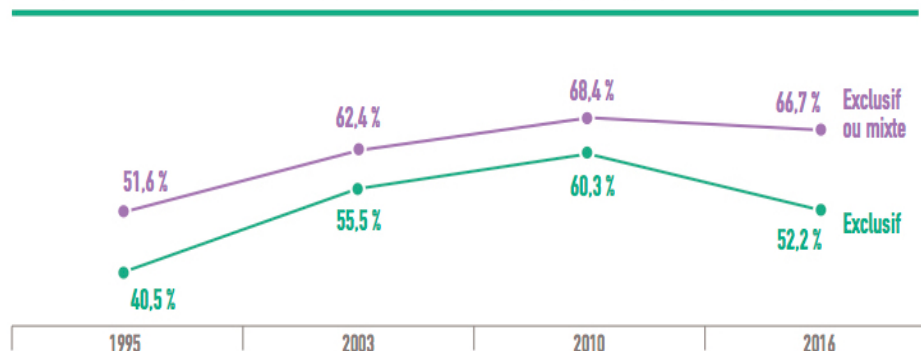


Graphique 2 : évolution du taux d'initiation à l'allaitement en France

En 2013 l'allaitement maternel à la naissance s'élève à 65 % en Métropole et à 85 % dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), hors Mayotte.

Toutefois on constate une tendance à la baisse entre 2010 et 2016, passant à 52,2% d'AM exclusif à la naissance en 2016 (10). Cela met en avant la nécessité de poursuivre une politique active en faveur de l'allaitement maternel et de réfléchir à l'organisation du soutien à l'allaitement en suite de couches.

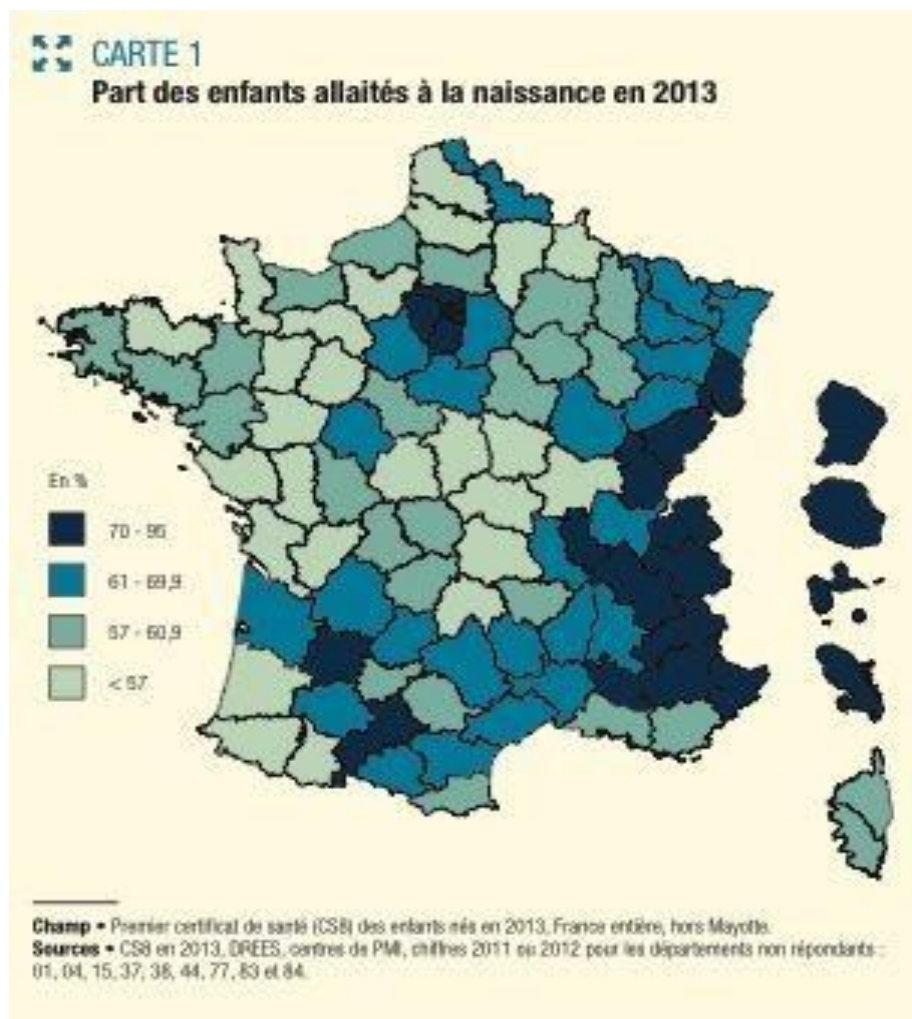
Diminution de l'allaitement maternel à la maternité depuis 2010



Graphique 3 : diminution de l'allaitement maternel depuis 2010

La situation est très différente selon le département : les régions où l'on allaite le plus à la naissance sont l'Ile-de-France, l'Est de la France et surtout les départements et régions d'outre-mer (hors Mayotte). Les régions où les taux d'allaitement sont les plus faibles sont les régions du nord (Aisne, Somme, Pas-de-

Calais) et du Centre (Cantal, Allier) avec moins de 50 % d'enfants allaités à la naissance.



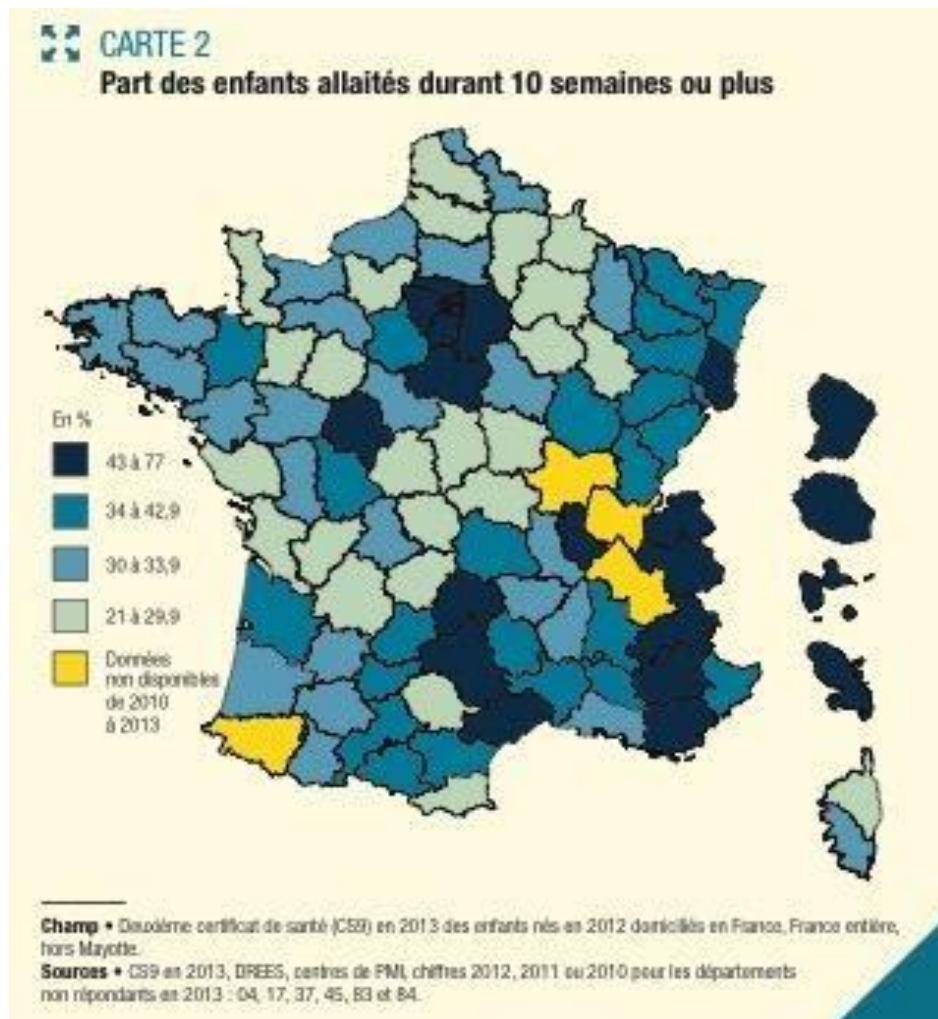
Carte 1 : part des enfants allaités à la naissance en 2013

3. Durée de l'allaitement maternel

En 2013, parmi les enfants nourris au lait maternel, la durée moyenne d'allaitement est de 19 semaines, avec une médiane entre 15 et 16 semaines.

Les départements où les durées d'allaitement sont les plus faibles sont l'Aisne, les Ardennes, la Nièvre, la Haute-Marne, le Pas-de-Calais ou la Somme avec une durée moyenne d'AM de 15 semaines. Les départements où les durées d'allaitement sont les plus longues sont Paris, l'Aveyron, la Martinique avec une durée moyenne supérieure à 23 semaines, et jusqu'à 26 semaines en Guyane.

La carte représentant les enfants allaités au moins 10 semaines présente les mêmes disparités départementales que celles observées pour l'allaitement dès la naissance.

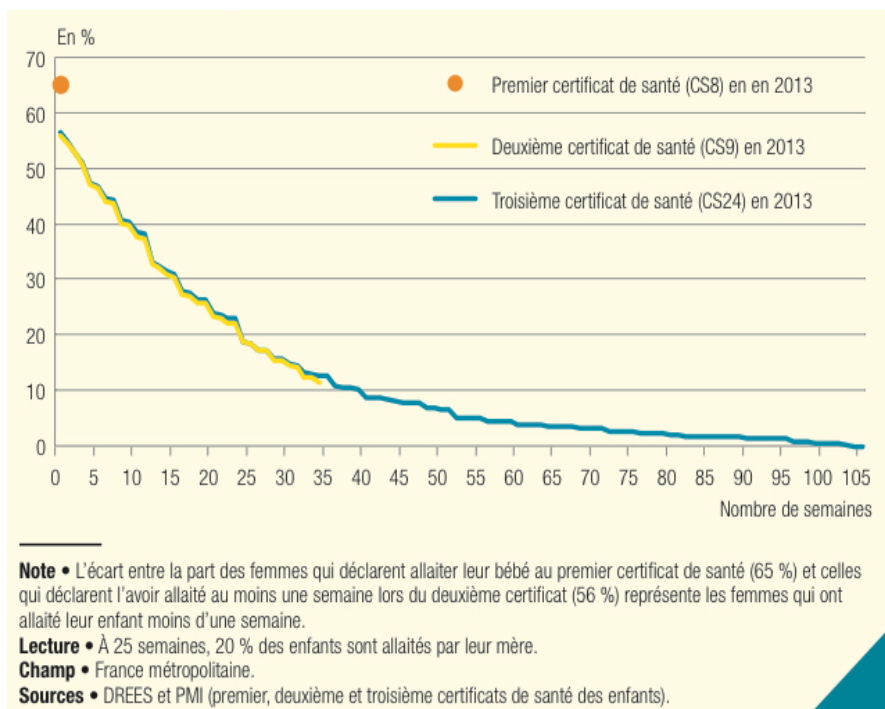


Carte 2 : part des enfants allaités 10 semaines ou plus

4. Le sevrage

En France moins d'un enfant sur cinq est allaité pendant six mois. Le sevrage en France apparaît très précoce et continu dans le temps.

En s'appuyant sur les deuxième et troisième certificats (au 9^e et 24^e mois) des enfants nés en 2011 et 2012, on peut estimer qu'environ 10 % des mères arrêtent l'allaitement dès la sortie de la maternité.



Graphique 4 : initiation et poursuite de l'allaitement en 2013

La part des enfants allaités, de façon exclusive ou mixte, n'est plus que de 50 % à 5 semaines et de 40 % à 11 semaines. Cette période correspond à la fin du congé maternité pour les grossesses uniques de rang 1 et 2, et ainsi à la reprise éventuelle d'une activité professionnelle.

Au seuil des 4 et 6 mois recommandés par les professionnels, l'allaitement maternel représente 30 % d'enfants à 4 mois (soit moins de la moitié des enfants allaités à la naissance) et 18,5 % à 6 mois (un quart des enfants allaités à la naissance).

D. L'allaitement maternel dans le Finistère

Les chiffres finistériens d'allaitement maternel proviennent des certificats de santé au 8^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois reçus par la PMI et dont l'item allaitement a été remplis : ce sont des chiffres approximatifs (11).

D'après les certificats de santé renvoyés à la PMI le taux d'allaitement maternel à la sortie de la maternité semble bien plus faible que sur l'ensemble de la France métropolitaine : en 2013, 53 % selon PMI 29 versus 74% en France selon l'étude Epifane. Toutefois on constate que sur les 9 277 naissances en 2013 seuls 4364 certificats du 8^{ème} jour ont été recueilli, on comprend que PMI29 insiste sur le caractère approximatifs des résultats : ces chiffres sont probablement éloignés de la réalité.

Taux global d'allaitement	2009	2010	2011	2012	2013
Au 8^e jour (CS8) soit	5102 56%	4803 54%	4469 51%	4579 53%	4364 53%
Au 9^e mois (CS9) soit	3373 48%	2983 50%	2854 50%	2546 47%	2429 49%
Au 24^e mois (CS24) soit	2495 46%	2635 48%	2315 51%	2209 49%	2007 47%

Tableau 1 : Taux global d'allaitement maternel sur le Finistère selon PMI 29

E. Promotion de l'allaitement maternel

1. Organisations gouvernementales

- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

L'OMS a été fondée en 1948 elle veille sur la santé publique mondiale, définit les programmes de recherche en santé, coordonne les études et émet des recommandations.

- L'UNICEF

L'UNICEF est une agence des Nations unies, créée en 1946. Elle est chargée, dans le monde entier, de défendre les droits des enfants, de répondre à leurs besoins essentiels et de favoriser leur plein épanouissement. Elle promeut une alimentation infantile adaptée notamment à travers le soutien de l'allaitement maternel.

2. Organisation non gouvernementales

Les organisations non gouvernementales sont nombreuses, elles œuvrent à la protection et au soutien de l'allaitement maternel.

- International Baby Food Action Network (IBFAN)
- La Leche League International (LLLI)
- Coordination Française pour l'Allaitement Maternel CoFAM
- World Alliance for Breastfeeding Action (WABA)

3. Réseau santé périnatal

Les réseaux santé périnataux ont pour mission d'harmoniser les compétences des professionnels de santé afin d'optimiser la prise en charge de la mère et de son enfant.

En Bretagne quatre anciens réseaux ont fusionné en janvier 2020 pour devenir le réseau Périnatalité Bretagne. Il propose des formations autour des soins centrés sur l'enfant et sa famille.

4. PMI

Le service de protection maternelle et infantile (PMI) est un service départemental, placé sous l'autorité du président du conseil départemental et chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant.

Il organise notamment des consultations et des actions médico-sociales de prévention et de suivi en faveur des femmes enceintes, des parents et des enfants de moins de 6 ans, ainsi que des activités de planification familiale et d'éducation familiale.

5. Association de professionnels de santé

Les associations de professionnels de santé ont un but de formation. Elles promeuvent les soins centrés sur l'enfant et sa famille et permettent d'enrichir les compétences des professionnels dans ce domaine. Citons pour exemple :

- l'International Lactation Consultant Association (ILCA)
- Co-Naître
- Association Information pour l'Allaitement (IPA)
- Association des Consultants en Lactation Professionnels de Santé (ACLPS)

F. Objectif de l'étude

On constate un faible taux d'initiation et de poursuite de l'allaitement maternel en France.

En 2014, 84% des médecins généralistes considèrent que le suivi de grossesse fait partie de ses missions et 57% ont reçu au moins une fois par trimestre une patiente lors d'un suivi de grossesse dans l'année (12). On peut alors s'interroger sur l'influence du médecin de famille dans le choix d'initier ou de poursuivre un allaitement.

L'objectif était de réaliser un état des lieux des représentations de l'allaitement maternel chez les médecins généralistes et sur leur place dans la promotion de l'allaitement maternel.

Ces données permettront d'analyser leur rôle dans le choix du mode d'alimentation du nourrisson, ainsi qu'une réflexion sur l'organisation du soutien à l'allaitement en suite de couches par le médecin généraliste.

II. Méthode

Il s'agissait d'une étude qualitative élaborée à partir d'entretiens semi-dirigés. L'échelle COREQ a été prise en compte pour la réalisation de cette étude (13). La grille d'entretien a été constituée de questions ouvertes. Ces questions définissaient des champs à étudier à partir desquels l'interviewer ou l'interviewé pouvait diverger pendant l'entretien pour étudier une idée plus en détail. La grille a été construite après revue de littérature.

Les entretiens étaient menés au cabinet du médecin interviewé, à partir d'un guide d'entretien préalablement élaboré et précisant les thèmes à aborder.

Les entretiens ont été enregistrés, après accord oral de l'interviewé, par enregistreur numérique Digital Voice Recorder VN-731 PC. Ils ont été retranscrits manuellement, mot à mot, par le chercheur, sur fichier Word.

Le guide d'entretien était composé de 14 questions. Il a été testé lors du premier entretien ce qui a permis de reformuler quelques questions pour être plus adapté. Le guide d'entretien qualitatif est présenté en annexe. Les questions posées étaient susceptibles d'être modifiées tout au long de l'étude.

Après la présentation, la première approche consistait à entendre l'expérience personnelle de l'interviewé sur le suivi des mères allaitantes et de leurs enfants. La perception du médecin généraliste dans son rôle concernant les situations d'allaitement maternel permettait de situer son intérêt sur ce mode d'alimentation ainsi que sur les limites de sa pratique.

La seconde partie du guide était consacrée à la représentation des déterminants du choix d'allaitement maternel. Cela permettait aux interviewés de s'exprimer sur leur représentation de la pratique de l'allaitement, sur les points forts et les limites de ce mode d'alimentation. Les situations d'allaitement considérés comme « longs » ont été évoquées.

La troisième partie concernait la représentation de l'entourage familial de la mère allaitante. Il était question de l'influence des proches dans ce choix d'alimentation et de la place du médecin généraliste face aux croyances familiales.

La quatrième partie était consacrée à la représentation de l'enfant allaité et de l'impact de l'allaitement maternel sur son environnement.

La cinquième partie concernait la représentation des conditions de sevrage, et le rôle du médecin généraliste.

La dernière partie concluait sur sa vision du regard de la société vis-à-vis de l'allaitement maternel ainsi que sur la promotion de l'allaitement maternel.

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données et arrêtés si deux entretiens n'apportaient pas de nouvelles idées en lien avec l'objectif de l'étude.

L'analyse a été réalisée par double codage à partir des verbatim retranscrits afin de limiter le biais d'information. Le codage était ouvert, regroupé en axial. Les entretiens ont été nommés E1, E2, E3 etc. Les verbatim des médecins étaient anonymes et numérotés par le numéro de l'entretien et le numéro de la ligne d'apparition.

III. Résultats

A. Description de la population

Médecin	Genre	Âge	Ancienneté d'installation	Expérience familiale d'allaitement	Formation médicale continue	Pratique gynéco-pédiatrique
1	F	50-55 ans	15-20 ans	oui	Personnelle et au niveau régionale	Fréquente
2	H	50-55 ans	15-20 ans	oui	Personnelle et au niveau régionale	Peu fréquente
3	F	35-40 ans	2-5 ans	oui	Personnelle et au niveau régional	Fréquente
4	F	46-50 ans	15-20 ans	non	Personnelle et au niveau régionale	Fréquente
5	H	30-35 ans	< 2 ans	non	Personnelle	Peu fréquente
6	F	40-45 ans	10-15 ans	non	Personnelle et au niveau régional	Fréquente
7	F	30-35 ans	< 2 ans	oui	Personnelle	Fréquente
8	F	50-55 ans	15-20 ans	oui	Personnelle et au niveau régional	Fréquente
9	H	30-35 ans	2-5 ans	oui	Personnelle et au niveau régional	Fréquente
10	H	60-65 ans	30-35 ans	non	Personnelle	Peu fréquente
11	H	30-35 ans	< 2 ans	non	Personnelle et au niveau régional	Fréquente

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins interviewés

L'échantillonnage a été établi de manière raisonnée. Tous les médecins interrogés étaient installés dans le Finistère Sud. Quinze cabinets médicaux ont été

sollicités correspondants à cinquante-quatre médecins généralistes. Onze participants ont été interrogés entre août et novembre 2020. La saturation des données en codes ouverts est apparue au bout de 9 entretiens. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés.

La population était composée de 6 femmes et 5 hommes. Huit médecins disaient pratiquer fréquemment des consultations de gynécologie et de pédiatrie. Sept médecins avaient une expérience familiale d'allaitement maternel. Certains médecins se formaient de manière continue par travail personnel et/ou par participation à des formations régionales. La population de médecins était exhaustive sur ces critères.

B. Description des entretiens

L'entretien le plus court a duré 13 minutes (Entretien 10) alors que le plus long a duré 35 minutes et 40 secondes (Entretien 9). La durée totale d'enregistrement était de 4 heures et 55 minutes pour une moyenne de 27 minutes, en excluant la partie de présentation débutant l'entretien.

Entretien	Durée
1	21 min 22 s
2	32 min 46 s
3	23 min 59 s
4	25 min 51 s
5	33 min 08 s
6	27 min 59 s
7	32 min 06 s
8	25 min 32 s
9	35 min 40 s
10	13 min 00 s
11	23 min 40 s

Tableau 3 : Durée des entretiens

Tous les entretiens se sont déroulés au cabinet du médecin interviewé dans son bureau ou dans la salle de pause. La plupart des entretiens ont eu lieu sur la pause du midi des médecins, excepté l'entretien 6 qui a eu lieu le matin avant le début des consultations et les entretiens 3, 4 et 10 qui ont eu lieu pendant un créneau de consultation. Plusieurs entretiens ont été interrompus par un collègue du cabinet. Ces interruptions ont été notées dans la retranscription des données.

1. Représentation de la mère allaitante

1.1 Les facteurs favorisant l'allaitement

a) Une volonté de créer un lien privilégié

Les praticiens interrogés s'accordent sur le fait que la volonté de créer un lien privilégié avec l'enfant est un déterminant majeur dans le choix de l'allaitement.

E2L109 « déjà sur le plan de la relation avec l'enfant, (...) tu as une relation tellement forte avec l'enfant »

E3L71 « pour la relation »

E9L57 « un lien noué avec leur bébé, une relation privilégiée »

E10L34 « par goût personnel pour la relation avec l'enfant »

E11L55 « c'est surtout par rapport à la relation mère enfant »

b) L'image d'un aliment adapté

Tous les médecins interrogés s'accordent sur le fait que les mères ont connaissance des valeurs bénéfiques du lait maternel sur la santé de leur enfant.

E1L61 « les femmes qui veulent allaiter, pourquoi est-ce qu'elles font ce choix-là ? Ce qui peut revenir c'est « c'est bon pour sa santé » »

E2L113 « elles ont quand même eu des messages forts concernant l'intérêt sur le plan immunitaire, moins de reflux... »

E3L69 « elles entendent autour d'elles que c'est une bonne idée, que c'est bon pour la santé du bébé »

E4L53 « elles sont convaincues que c'est ce qui sera le mieux pour leur enfant, que ça lui apportera vraiment tous les nutriments nécessaires pour qu'il pousse bien et qu'il ait les bonnes défenses immunitaires »

E5L39 « A ton avis pourquoi certaines femmes font le choix d'allaiter leur enfant ? (...) pour des raisons médicales, parce que c'est mieux pour l'enfant »

E8L79 « l'impression de lui faire du bien, de mieux répondre à ses besoins...que ce soit le produit le plus adapté à l'enfant»

E9L55 « on sait très bien que le lait maternel apporte beaucoup de bonnes choses(...) Ça, les mamans elles le savent »

E10L34 « la conviction que c'est bénéfique à l'enfant (...) l'intérêt à sa santé »

E11L57 « les jeunes mamans sont souvent au fait des bienfaits de l'allaitement sur la future santé de leur enfant »

1.2 Les facteurs limitant l'allaitement maternel

L'ensemble des médecins interrogés ont exprimé de nombreux facteurs limitant le choix d'un allaitement maternel.

a) Le manque de confiance

Certaines mères ont partagé au médecin généraliste leur crainte de revivre un allaitement traumatisant.

- D'anciennes expériences négatives

E9L74 « certaines mamans ont eu un allaitement qui ne s'est pas bien passé pour le premier et du coup ne veulent pas essayer pour le deuxième(...)trop de mauvais souvenirs de l'allaitement du premier où elle avait essayé, c'était trop douloureux. »

E4L73 « Et il y a des mamans pour qui ça n'a pas marché pour le premier et qui ont tellement un mauvais souvenir, qu'elles ne veulent pas recommencer. »

E2L118 « elles ont des difficultés comme un abcès (...) et quand il y a un deuxième enfant elles peuvent rester sur ce lien un peu traumatisant »

- Les doutes lors de la mise en place de l'allaitement

Le médecin 1 et le médecin 7 expriment la peur de l'échec lors des débuts de l'allaitement.

E1L79 « j'ai peur d'avoir mal, j'ai peur de ne pas y arriver, est ce que mon bébé va prendre assez de poids si je l'allaiter ? (...) Un manque de confiance. »

E9L64 « il y a aussi des femmes qui ont essayé d'allaiter à la maternité, pendant deux trois jours et pour qui ça n'a pas été facile (...) elles trouvent ça trop difficile »

b) Un allaitement parfois douloureux

Les médecins 1, 5, 6, et 8 font le constat d'une banalité des douleurs en lien avec l'allaitement maternel.

E1L56 « les problèmes sont toujours les mêmes : « j'ai mal » »

E5L171 « mauvaise succion et puis local, des crevasses , des mastites »

E6L223 « Les douleurs, mine de rien, ça revient assez souvent, les douleurs intenses, elles n'étaient pas prévues, elles ne pensaient pas que c'était ça »

E8L81 « pourquoi est-ce qu'à l'inverse certaines femmes choisissent de ne pas allaiter ?(...) Les douleurs »

c) L'impression d'une insuffisance de lait

Pour les médecins 1, 8 et 10 une difficulté majeure à l'allaitement est une lactation insuffisante.

E1L172 « on sent que l'allaitement est un peu difficile, pour différentes raisons, comme par exemple elles n'ont pas assez de lait tout simplement »

E8L82 « elles ont eu soit l'impression de ne pas avoir la montée de lait qu'il fallait, un bébé qui ne tète pas suffisamment, donc l'impression que ça ne fonctionnait pas du tout (...), je n'ai pas assez de lait »

E10L106 « la femme qui n'arrive pas à allaiter parce qu'il n'y a pas de lait »

d) Une fatigue imputée à l'allaitement

Les médecins 4, 6, 8, 9, et 11 expriment l'image d'un allaitement énergivore et épuisant qui peut freiner la volonté de débiter ou de poursuivre un allaitement maternel.

E4L72 « il y a de la fatigue »

E4L140 « Parfois ça diminue tout seul parce qu'elles sont fatiguées »

E6L219 « soit c'est trop fatiguant (...) l'aspect fatigue, épuisement »

E8L85 « Qu'il n'y ait que la maman qui puisse participer à l'alimentation du bébé, (...) la fatigue que ça peut générer »

E9L23 « Et puis, parfois aussi, c'est qu'elles ont beaucoup de bonne volonté pour le faire mais ça les épuise c'est très énergivore »

E9L112 « je trouve que l'allaitement c'est quand même assez énergivore, ça peut être très fatiguant si l'accouchement a été compliqué »

E11L65 « et pour des histoires de fatigue, on a un peu l'image de l'allaitement « ça va être à moi de me réveiller tout le temps la nuit pour des tétées toutes les deux trois heures », peut être que c'est quelque chose qui effraie »

e) La peur de la dépossession de son corps

Les médecins 1, 5 et 6 ont constaté une peur de certaines patientes d'être dépossédées de leur corps.

E1L72 « j'ai pas envie de donner le sein à mon enfant c'est mon corps ! »

E5L50 « elle disait que ça ne lui plaisait pas d'avoir le bébé tout le temps collé à elle (...) Oui elle avait vu des copines qui allaitaient et elle trouvait que le bébé était tout le temps collé, qu'il s'endormait sur elle et elle n'avait pas envie de ça »

E6L108 « parce que pour avoir vu des femmes vraiment très, très mal vivre la tétée d'accueil, elles se sont senti envahies et ont vécu des moments de rejet et donc pour ce premier contact avec son enfant avoir ce sentiment de rejet et de culpabilité derrière »

f) L'image d'un allaitement contraignant

● La disponibilité

Plusieurs médecins expriment leur vision d'un allaitement contraignant, induisant une disponibilité entière des mères allaitantes.

E7L70 « le fait d'être corvéable, à merci par son enfant »

E8L181 « Et puis ras le bol d'être disponible tout le temps »

E9L70 « elles sont très, très actives (...) veulent garder une indépendance »

E10L38 « peur que ça puisse être contraignant » et L76 « Oui enfin c'est toujours une contrainte quand même »

E6L152 « l'allaitement en soi par le rythme que ça impose(...) de par la gestion de ton temps, de ton corps, de ton espace »

E11L123 « ça ne se passe pas très bien, qu'elles ont l'impression d'être trop sollicitées, souvent c'est dans ce cadre-là qu'elles arrêtent »

● Une accumulation de charge mentale

Les médecins 3, 6 et 7 expriment l'existence d'une charge mentale immense, pesant sur toutes les mères, aggravés par l'activité d'allaitement maternel.

E3L41 « c'est banalisé c'est une maman, ce sera inné, elle se débrouillera (...) elles ont tellement tout à gérer, que ce soit physiquement, sur le plan timing et compagnie »

E6L81 « la place de la mère qui doit vraiment être sans faille et ça commence avec l'hygiène de vie parfaite (...) si tu suis ce schéma-là tu es une bonne mère si tu allaites... » et L232 « , je vois très peu de femme envisager le fait de tirer le lait au boulot (...) mais déjà reprendre le boulot, imaginer la logistique « qui amène le petit qui le récupère et quand ? », rajouter ça à la reprise du boulot (...) si jamais elles ont réussi à poursuivre l'allaitement au-delà du premier mois »

E7L73 « encore un effort de la maman, encore plus de charge mentale : comment je vais m'organiser ? »

g) La pudeur

La plupart des médecins interrogés constatent qu'un frein majeur au choix de l'allaitement est le sentiment de pudeur de la mère.

Les médecins 1, 4, 6, 7 et 8 pensent que cette pudeur est liée au fait de se dénuder en public.

E1L74 « La pudeur : « j'ai pas envie de débiller mon sein partout » (...) Oui la pudeur, presque pas de la honte je n'ai jamais entendu le mot honte mais la pudeur ça oui, ça c'est clair. »

E4L68 « une réticence dans le fait je pense de l'allaitement en lui-même, quelque chose d'imagé probablement, l'image que ça renvoie probablement »

E6L155 « Il y a une part de pudeur(...) elles n'ont pas forcément envie de se découvrir ou elles ont envie de s'installer donc j'ai vu ça, il y a des femmes pour lesquelles c'est un moment intime et elles n'ont pas envie d'être exposées aux autres. Il peut y avoir une gêne »

E7L54 « le fait que ce soit encore un petit peu compliqué d'allaiter en public (...) mais après il y a de la pudeur, des femmes qui sont pudiques »

E8L87 « Le fait d'être obligée de se dénuder voilà »

Le médecin 3 pense que cette pudeur est liée au caractère sexuel du sein.

E3L73 « beaucoup de pudeur par rapport à leur corps souvent, ne pas avoir envie que le sein soit nourricier, qu'il reste à caractère sexuel, il y a beaucoup de femmes que ça dérange »

1.3 L'entourage de la femme allaitante

1.3.1 La place du deuxième parent

a) Des papas peu visibles

Les médecins 1, 3, 8, 9, 10 constatent une participation peu active des pères dans la prise d'information et le choix d'un allaitement maternel.

E1L86 « Pour moi il est inexistant ou presque, en tout cas, quand tu prépares l'allaitement ou l'accouchement, et pourtant Dieu sait si je propose au futur papa d'assister aux consultations dans le suivi de la grossesse, je leur propose toujours (...) tu les sens pas forcément concernés par l'allaitement, ça va être le choix de la maman. - C'est le choix de la maman ? - C'est pas leur choix, du moins on ne leur demande pas forcément leur avis, je trouve. »

E3L82 « quand je vois les papa, ce n'est pas souvent le cas c'est surtout les mamans que je vois en consultation pas souvent les papas »

E8L91 « il y a en a qui s'en foute complètement »

E9L83 « mais je trouve qu'on voit rarement les papas dans les consultations de suivi de nourrissons, c'est très rare »

E10L54 « que c'est d'abord le choix de la mère bien avant le choix du père (...) moi je ne me dirais pas qu'il a un rôle qui joue dans la décision »

b) Un regard majoritairement bienveillant

Les médecins 2, 3 et 5 pensent que les pères ont une bonne vision de la pratique de l'allaitement.

E2L70 « Alors le premier mot qui me vient c'est romantique ! Je trouve ça tellement beau de voir une femme qui allaite son enfant »

E3L81 « Je pense qu'ils ont une image très positive (...) le papa était là il disait « je trouve ça magnifique une femme qui allaite c'est super beau » »

E5L62 « Une image d'une bonne mère j'imagine »

Le médecin 6 nuance toutefois la vision positive de la pratique de l'allaitement avec certains pères autoritaires, induisant une ingérence à l'allaitement.

E6L89 « j'ai vu aussi des pères s'énerver un petit peu en disant « bon aller ça va passer » qui estimaient aussi que ce qui était bon pour leur enfant c'était le lait maternel et que leur femme devait continuer à allaiter et que vraiment ça aller passer »

c) Un soutien indispensable

Les médecins 3, 7, 9 et 11 précisent que l'adhésion du deuxième parent est indispensable à la réussite d'un allaitement.

E3L87 « En tout cas les femmes qui allaitent ont en général un conjoint qui va dans le même sens (...) Parce qu'un papa qui ne sera pas à l'aise avec l'allaitement va forcément influencer sa conjointe, probablement qu'il sera moins enclin à essayer l'allaitement, un papa qui sera à fond « vas-y allaite ça sera une superbe expérience » qui est bien intégré dans l'allaitement ça se passe très bien. »

E7L106 « je trouve que c'est une décision qui se prend à deux parce que si le papa n'est pas du tout motivé, pas du tout aidant, ça doit être pris en compte par la maman, elles sera probablement seule, et pas très soutenue et donc du coup ça peut rendre les choses compliquées »

E9L89 « Après évidemment le rôle du papa me paraît indispensable en soutien, c'est un partage des tâches qui paraît logique »

E11L72 « soutenir la maman (...) Pas laisser la maman se lever toute seule la nuit(...) je pense qu'il peut être assez aidant »

E11L89 « Je pense que de toute façon les deux parents se doivent d'être d'accord sur ce genre de choses. Je pense que l'image qu'il a de l'allaitement sera, à mon avis pour que ça marche, doit être assez proche, pour ne pas dire le même que celui de la maman »

d) Des peurs à apaiser

Si le regard des pères est qualifié de bienveillant, plusieurs médecins insistent sur leurs craintes qui pourraient avoir un impact sur la qualité de leur soutien.

- Perte de la fonction sexuelle du sein

Les médecins 1, 3, 5 et 7 constatent chez les pères une difficulté à faire la distinction entre fonction nourricière et fonction sexuelle du sein.

E1L181 « j'étais enceinte il y a 16 ans maintenant, mon conjoint qui est très pudique, l'image du corps c'est très, très personnel ça fait partie de notre intimité, il avait du mal à comprendre (...) c'est un peu gênant si on est chez quelqu'un ou si on est dehors moi ça me gênerait un petit peu »

E3L86 « et ça n'empêche pas de retrouver le caractère sexuel du sein qui peut avoir plusieurs rôles. »

E7L94 « S'il n'a pas été du tout en contact avec ce genre de pratique je pense que ça peut être gênant d'autant que les seins allaitants sont souvent plus gros, modifiés, tout ça, donc on revient à cette érotisation du sein, donc ça peut être gênant de voir sa femme allaiter devant son frangin, devant ses copains »

E5L129 « Le fait de voir le sein, qui peut être quelque chose de gênant ?- Pour le mari par exemple ?- Oui ?- Oui peut être que ça perd le rôle sexuel. En tout cas, le temps de l'allaitement, il a du mal à voir ça comme une zone érogène vu qu'il y a son bébé qui est dessus. »

Le médecin 5 ajoute ensuite à propos du sevrage :

E5L198 « Et rendre le rôle uniquement sexuel du sein quoi »

- Un sentiment d'exclusion dans la relation avec l'enfant

Les médecins 2, 5, 6 et 9 constatent que l'allaitement peut être vécu comme une barrière dans l'établissement de la relation père-enfant.

E2L71 : « je sais que certains pères me l'ont dit , ils avaient l'impression d'être mis de côté, un peu exclus de cette relation maman-bébé (...) j'ai eu des pères qui étaient quand même frustrés mais c'est loin d'être la majorité »

E5L196 « Et puis mettre le papa un peu à part peut-être. - Une forme d'exclusion du papa dans l'allaitement? - Oui. »

E6L146 « le lien père-enfant allaité c'est plus des choses que j'ai pu percevoir, des papas, notamment, des papas de maintenant qui vont être plus actifs dans le lien avec l'enfant et qui peuvent être parfois un peu frustrés »

E9L97 « parfois il peut y avoir un sentiment de mise à l'écart »

Les médecins 2, 4, 5, et 8 confirment que la participation des pères à l'alimentation de l'enfant est parfois vécue comme vecteur de relation égalitaire parent-enfant, permettant aux pères de se sentir parfaitement intégrés dans le lien précoce d'attachement.

E2L122 « elles veulent aussi partager avec le père, le conjoint, cette tâche de nourrir l'enfant, ça peut être vécu, on parlait tout à l'heure de père qui pouvaient se sentir exclus, c'est une façon de garder le père dans le jeu de la relation mais c'est minoritaire quand même. »

E4L88 « je pense à un couple qui n'est pas jeune, qui vient d'avoir son premier bébé et lui il est ravi, c'est un monsieur qui adore allaiter le petit ! Enfin l'allaiter, lui donner le biberon, et ça je pense que c'est hyper important pour lui d'avoir posé ça. - **Ce lien ?** - Oui ce lien-là »

E5L51 « elle préférerait donner le biberon comme ça le papa pouvait participer .

E8L103 « le jeune homme qui est très content que ça femme n'allait pas, il est super content, comme ça il peut participer à l'alimentation, pour lui c'était vraiment quelque chose de vraiment important »

Les médecins 2 et 9 nuance toutefois cette vision d'alimentation indispensable pour créer un lien fort avec l'enfant.

E2L75 « ils se rattrapent ailleurs de toute façon. »

E9L98 « la maman est indispensable pour l'allaitement après pour les changes, pour le bain, pour toutes les autres choses je pense que le papa peut largement trouver sa place aussi dans ces moment-là et avoir ce rapport privilégié quand même avec son enfant ».

1.3.2 Le modèle maternel familial

a) L'influence du modèle maternel familial

Les médecins 1, 3, 7, 8, 10 rapportent une influence maternelle très forte qui conditionne le choix des parents dans l'alimentation de l'enfant à venir. En fonction de l'expérience positive ou négative, en fonction des croyances familiales, la femme gestante sera conditionnée dans son choix d'alimentation.

E1L87 « La mère ou la belle-mère (...) c'est assez féminin comme avis (...) « ma mère m'a dit que ça allait m'abimer la poitrine » « ma mère m'a dit que c'était difficile, que c'était fatigant »(...) « Quelques fois l'influence familiale est assez forte. L'autre côté est vrai « Ma mère veut absolument que j'allait mon bébé, je n'ai pas envie » »

E3L95 « Notamment les grands-mères, (...) Il sera peut être très encourageant et très positif et pourra peut-être, être très négatif (...) ça va forcément avoir un impact. Une femme enceinte c'est un peu sensible et influençable donc forcément les propos de femme qui sont quand même des modèles »

E7L85 « ça doit influencer un petit peu si soi-même on a été allaité sur le choix de le faire. Sur ce que notre maman nous a raconté, sur des choses positives ou négatives sur l'allaitement ou au contraire sur le biberon, donc oui on est conditionnées par ça »

*E8L118 « le poids des mots des mères étaient extrêmement importants, c'est-à-dire, allaiter c'était important, « c'est bon pour l'enfant il n'y a rien de mieux, il faut que tu allaites ». - **Donc plutôt dans le sens allaitement ?** - Plutôt une injonction à l'allaitement, ou à l'inverse, « dans ma famille, personne n'a allaité aucune femme n'a allaité donc moi je n'allaiterai pas non plus »*

E10L49 « j'aurais pensé aussi à la mère, la grand-mère du bébé, là c'est peut-être plus mon histoire familiale que mon statut de médecin qui me fait penser ça...j'ai dans l'idée que le rôle de la mère a un impact sur le choix des femmes »

b) Une source de conflit

Les médecins 3, 5 et 9 rapportent que le choix d'alimentation peut être une source de conflit entre la mère et la grand-mère de l'enfant.

E3L53 « j'ai entendu pas plus tard que ce weekend de la part d'une grand-mère qui parlait de sa fille « tu allaites donc tu es esclave de ton enfant »

*E5L65 « les parents de la maman, même si souvent c'est compliqué, enfin la mère... - **Oui ? Pourquoi c'est compliqué ?** - Enfin la relation...c'est compliqué, enfin ça peut être compliqué de recevoir des conseils de sa propre mère sachant qu'elle a vécu ces choses-là il y a trente ans et que ça a évolué »*

E9L108 « Ça arrive d'entendre que parfois la situation est un peu tendue, quand la maman est en conflit avec sa mère ou sa belle-mère parce qu'elle voudrait que ça se passe comme ça et pas autrement, alors que la maman elle vit les choses différemment. Donc ça peut générer un peu de tension »

1.3.3 L'influence des réseaux sociaux

Certains médecins constatent l'influence des réseaux sociaux dans la démarche d'un allaitement maternel. Le médecin 7 précise d'ailleurs que les réseaux sociaux développent une valorisation de l'allaitement maternel.

E7L121 « Mais moi j'ai l'impression, après c'est par ma pratique des réseaux sociaux aussi, que on est plus vers une revalorisation de l'allaitement »

a) Une mine d'information

Les réseaux sociaux sont perçus comme générateurs d'information sur la pratique de l'allaitement.

E1L280 « Oui c'est vrai maintenant l'information se fait par les réseaux sociaux. »

E3L180 « y a de plus en plus de comptes très branchés allaitement (...) Oui, là-dessus plutôt positif au niveau information »

E4L105 « Elles vont beaucoup sur les réseaux sociaux les mamans, quand il y a des petits soucis d'allaitement elles vont beaucoup chercher les infos »

E5L73 « Ça dépend de ce que les femmes cherchent sur internet. Avantages de l'allaitement, inconvénients de l'allaitement.

E7L156 « les réseaux sociaux c'est bien par l'information, que nous on est pas capable de donner par notre formation, donc ça je trouve que c'est un bon outil.(...) donc je pense que c'est un bon moyen d'information »

Les médecins 5 et 7 nuancent cette qualité d'information pas toujours précise :

E5L106 « - Un rôle d'information ?- Oui et pas toujours de bonnes choses »

E7L158 « sous réserve évidemment que les sources soient vérifiées »

b) Une forme de soutien à l'allaitement

Les médecins 3 et 5 trouvent positif l'existence de groupes de paroles sur les réseaux sociaux.

E3L189 « Oui un soutien, il y a des groupes sur les réseaux de femmes allaitantes »

E5L76 « mais oui ça peut être bien, des forums des choses comme ça. - Des groupes de paroles si tu parles de forums ?- Oui des groupes pour échanger avec d'autres mamans. Et je pense que c'est plutôt positif d'ailleurs. »

c) L'image d'un allaitement idéalisé observé avec prudence

Pour les médecins 3, 6 et 7, un des travers des réseaux sociaux est la représentation idéalisée de l'allaitement maternel qui peut susciter un sentiment d'échec ou de culpabilisation.

E3L193 « après ça peut être aussi culpabilisant pour les mères qui doivent arrêter et qui tombent là-dessus, « elles, elles y arrivent, pourquoi pas moi ? » (...) les réseaux sociaux finalement, c'est le côté trop beau de la vie d'autrui (...) Ça c'est aussi le soucis des réseaux, qui peuvent vendre du rêve il faut faire attention : c'est joli, la photo de la femme qui allaite dans un champ de lavande, mais la réalité c'est autre chose... »

E6L84 « et puis les réseaux sociaux donc tout doit être quand même dans les clous, je poste chaque étape de tout, en mode pinterest...et j'en rends compte en plus à la société par les photos »

E7L153 « Il y a moins de demi-mesure » et L163 « les réseaux ça a des travers, il ne faut pas tomber dans une culpabilisation de la mère non allaitante. »

2. Représentation de l'enfant allaité

2.1 Les bénéfices de l'allaitement

a) Un meilleur développement staturo-pondéral

Les médecins 1 et 2 ont l'image de l'enfant allaité ayant un meilleur développement staturo-pondéral.

E1L111 « je trouve que c'est des bébés dont la courbe de croissance est belle à regarder, c'est des beaux bébés je trouve. »

E2L132 « Les courbes staturo-pondérales étaient meilleures chez l'enfant allaité. »

b) Une meilleur immunité

Les médecins 1, 2, 3, 5, pensent que l'enfant allaité fait moins de complications infectieuses.

E1L113 « Je trouve qu'ils sont, je ne sais pas les statistiques, je trouve qu'ils sont moins malades ; en tout cas s'ils chopent un rhume ça va moins se compliquer (...) Ils font moins de complications »

E2L127 « On parle beaucoup de l'immunité finalement un enfant allaité serait moins malade pendant l'allaitement mais aussi après (...) les enfants allaités c'était une évidence qu'il y avait moins de carence martiale et d'anémie ferriprive d'où le lien avec les problème infectieux. »

E3L129 « Après pour la santé j'ose espérer que oui ça a un impact positif, (...) on a quand même du bénéfice à allaiter un enfant que de donner du lait en poudre. »

E5L94 « Des avantages vis-à-vis des allergies je crois, et des anticorps qui sont présents dans le lait maternel, donc ils sont un peu mieux protégés que les autres enfants. »

Les médecins 7 et 8 mettent en avant un risque réduit d'allergies chez l'enfant allaité.

E7L182 « moins de risque d'allergie »

E8L132 « des enfants qui développaient moins d'allergie, des enfants avec une meilleure immunité. »

c) Moins de troubles digestifs

Les médecins 2 et 7 ont l'image d'un enfant allaité présentant moins de troubles digestifs.

E2L133 « On a aussi parlé du reflux qui était moins important chez les enfants allaités. »

E7L183 « moins (...) d'intolérance digestive, alimentaire »

d) Un lien renforcé avec la mère

Les médecins 1, 2 et 8 font le constat d'une relation forte avec l'enfant induite par la pratique de l'allaitement maternel.

E1L117 « Je trouve qu'ils vont mieux, que la relation mère-enfant est plus, je vais employer le mot plus solide » et L127 « Pas que nourricier, cette capacité à câliner son enfant, à le réconforter, le côté psycho de l'allaitement »

E2L112 « C'est un investissement majeur mais tellement beau, à côté de ça tu as une relation tellement forte avec l'enfant. »

E8L79 « La proximité avec l'enfant »

2.2 Les difficultés chez l'enfant allaité

a) Le sommeil: une impression de réveils nocturnes plus fréquents

Les médecins 1, 6, 7 et 8 ont une représentation d'intervalle de sommeil plus court chez l'enfant allaité.

E1L130 « Je trouve qu'ils réclament quand même pas mal la nuit. Donc, il faut être dans l'acceptation de ça, moi pareil pour l'avoir vécu sur le plan perso, il faut reconnaître, c'est fatiguant et même épuisant »

E6L171 « Une impression et ça c'est pas EBM, d'intervalle de sommeil et d'alimentation plus courte donc plus de tétées nocturnes plus longtemps »

E8L142 « peut-être même le sommeil d'un bébé allaité pourrait être un petit peu plus perturbé qu'un enfant au biberon qu'on cale bien »

E9L145 « quand on fait le relais allaitement lait artificiel, les nuits rallongent, (...) comme si les bébés au lait artificiel étaient plus calés »

E7L171 « plus de réveils oui (..) Enfin faire leur nuits, moi c'est quelque chose qui me paraît aberrant comme expression...faire les nuits des parents surtout ! »

Le médecin 7 nuance toutefois sa position :

E7L177 « Après je pense qu'il n'y a pas de généralité à faire »

Pour les médecins 3 et 11 l'allaitement n'influence pas la fréquence des réveils nocturnes.

E3L125 « Il y a de tout, je ne pense pas que ce soit forcément l'alimentation qui influence le sommeil »

E11L101 « Sur l'impact sur le sommeil en lui-même non (...) c'est plus sur le rythme de l'enfant que l'allaitement, qu'il soit maternel ou artificiel, qui va influencer les choses »

b) La relation à la mère : un lien parfois trop fusionnel

Certains médecins ont l'image d'un lien parfois trop fusionnel avec la mère. Le médecin 5 s'inquiète d'une relation exclusive de la mère à son enfant.

E5L194 « je pense qu'il faut enlever le rôle de mère nourricière que l'enfant peut avoir vis-à-vis de sa mère, qui risque de créer une relation d'exclusivité. »

Les médecins 6 et 9 sont parfois déroutés dans certaines situations de proximité entre la mère et l'enfant.

E6L142 « On voit des femmes qui sont très liées à leur enfant qui allaitent (...) on voit des mouvements un peu étranges où l'enfant est calé au sein en plein milieu de la discussion, qui ne sont pas des mouvements d'allaitement spécifiques »

E9L169 « bon je pense que je serais vigilant dans le temps dans la relation mère-enfant (...) j'essaierai de discuter avec la maman de ce rapport mère-enfant en me disant que dans le temps il faudra peut-être travailler là-dessus parce que ça peut devenir problématique à mon sens après ça c'est propre jugement... »

c) Une diversification parfois retardée

Les médecins 1 et 4 ont le sentiment d'une diversification plus lente à se mettre en place. Le médecin 4 évoque une difficulté tandis que le médecin 1 soutient les femmes allaitantes qui prennent leur temps dans la diversification.

E1L144 « généralement pour les mamans qui allaitent, elles prennent leur temps pour la diversification, elles ne sont pas pressées »

E4L121 « l'étape de la diversification les mamans ont plus cette difficulté quand elles allaitent, de passer le cap de la diversification »

D'autres médecins interrogés ne font pas de distinction entre les enfants allaités et non allaités au moment de la diversification.

E6L168 « Pas du tout, je ne fais pas de distinction »

E7L186 « Non, je n'ai pas l'impression. »

E11L107 « Que sa diversification doit être différente par rapport à un allaitement artificiel ?- Est-ce que tu as constaté des différences ?- Non, pour moi non. »

2.3 La durée de l'allaitement

a) Des médecins qui veulent suivre les recommandations

Les médecins interrogés ont une volonté de suivre les recommandations, ils ont la notion d'un allaitement jusqu'à six mois, au-delà si possible.

E2L32 « c'est bénéfique d'allaiter un enfant, si possible le plus longtemps »

E11L130 « je leur explique souvent que c'est la période des six mois qui est recommandée »

b) La notion d'allaitement "long"

Si les médecins reconnaissent les bénéfices de l'allaitement jusqu'à six mois, ils jugent les allaitements au-delà longs, voire trop longs.

E2L169 « jusqu'à un an c'est normal et au contraire conseillé mais au-dessus, ça c'est mon frein à moi »

E5L192 « au-delà de six mois je trouve que c'est trop long »

E8L152 « Je dirais à partir de la fin de la première année, c'est là que je mettrais ma propre limite »

E9L165 « Dépassé un an je dirais »

E11L13 « c'est la période des six mois qui est recommandée (...) à partir du moment où ils les dépassent »

c) L'enfant autonome allaité : une situation qui dérange

Certains médecins témoignent de situations qu'ils qualifient de dérangeantes, voire choquantes.

E2L159 « il devait avoir plus de deux ans et qui venait prendre le sein de sa maman pour téter... là ça m'a dérangé (...) Tant qu'ils ne marchent pas ça ne me pose pas de problème ! »

E4L119 « de temps en temps on se dit « mais quand même quand est-ce qu'il va lâcher le sein ? » »

E5L191 « déjà à partir du moment où l'enfant a des dents je trouve ça un peu choquant ».

E7L247 « après je peux comprendre que de voir un bambin de deux ans et demi, trois ans, toujours aller ouvrir le pull de sa mère pour prendre le sein à la demande (...) je peux comprendre que ça puisse déranger. »

Les médecins 6, 7, 8 et 9 expriment leur inquiétude concernant le lien de l'enfant à la mère dans un contexte d'allaitement prolongé, notamment une séparation mère enfant plus difficile.

E6L180 « Ça doit être une petite préma qui doit avoir dix-huit mois (...) c'est un enfant à qui je pensais qui peut être mis en consultations quatre fois au sein, ça m'interpelle (...) parce que dix-huit mois je suis en train de penser à plutôt crèche et bientôt école, il y a des enfants de deux ans qui sont scolarisés et qui sont très biens, du coup j'anticipe la préparation à la séparation de la mère »

E8L153 « sur les enfants qui deviennent autonomes, les enfants qui marchent et que les mamans continuent à allaiter, moi ça me questionne (...), j'ai vu des enfants autonomes qui interpellent leur mère à n'importe quel moment, moi ça, ça me dérange, franchement ça me dérange (...) quand un enfant est vraiment dans l'autonomie, qu'il soit gardé au sein, est-ce que c'est pour son bénéfice à lui ou est-ce pour le bénéfice de la mère ? »

E9L157 « J'ai le souvenir, quand j'étais en stage en pédiatrie, d'un enfant qui était hospitalisé, qui avait plus de quatre ans c'est sûr entre 4 et 6 ans, et la maman l'allaitait toujours, ce qui m'avait marqué en tout cas c'est que le bébé quand il avait des crises, sous l'effet de l'agitation il sautait sur le sein de sa mère et ça, ça le calmait... un allaitement très prolongé... »

Le médecin 9 ajoute qu'il est plus difficile de sevrer un grand enfant.

E9L181 « Et ce qui m'a marqué c'est qu'elle avait déjà un premier enfant de 3 ans qu'elle allaitait toujours (...) c'était quand même très compliqué et elle commençait à se questionner sur le fait d'arrêter d'allaiter le grand (...) c'est des situations dans lesquelles je peux me sentir en difficulté quand même »

Seul le médecin 11 précise que le plus important est un bon développement staturo-pondéral quelle que soit la durée de l'allaitement.

E11L139 « Si l'enfant grandit bien et grossit bien et que son développement est rassurant, déjà nous de notre côté on est rassuré aussi »

3. Représentation de l'allaitement dans la société

3.1 La promotion de l'allaitement maternel

a) Une promotion satisfaisante

Les médecins 4 et 6 expriment le sentiment d'une promotion satisfaisante et bien intégrée.

E4L186 « j'ai le sentiment qu'il y a quelque chose qui fonctionne bien, puisque j'ai le sentiment que les patientes quand même on en voit la majorité qui aimerait allaiter, c'est le schéma idéal »

E6L241 « le message de santé publique c'est bénéfique pour l'enfant, ça c'est intégré »

b) Une promotion équilibrée

Les médecins 2, 8 et 11 font le constat d'une promotion équilibrée et non culpabilisante.

E2L181 « Les plans nationaux je n'ai pas l'impression que ça parle beaucoup de ça, mais ça n'a pas été mangé non plus par l'industrie qui en profite pour vendre leur lait absolument (...) j'ai pas l'impression qu'il y ait beaucoup de prosélytisme dans un sens comme dans l'autre. »

E8L191 « mais j'ai quand même l'impression qu'on est dans une société qui prône des bonnes attitudes, des bons comportements, pour essayer d'être dans la meilleure santé possible, qui inciterait à l'allaitement, mais sans avoir envie de culpabiliser les mères qui ne souhaitent pas allaiter. »

E11L155 « une future maman qui veut soit un allaitement artificiel, soit un allaitement maternel, n'aura à mon sens pas spécialement de pression de la part de la société. »

c) Une promotion insuffisante

Les médecins 3, 5, 7, 9 et 10 s'inquiètent d'une promotion insuffisante en France.

E3L171 « On en parle peu, on voit des pubs pour tous les laits divers et variés (...) mais je n'ai jamais vu une pub de Medela nulle part (...) les moments où va leur parler allaitement ça va être les consultations, pas dans des pubs ou des magazines »

E5L114 « mais je pense qu'il n'est pas assez promu par la santé publique »

E9L216 « Après c'est vrai qu'on ne voit pas trop de campagnes de prévention, de sensibilisation sur le sujet dans les médias

E10L80 « je n'ai pas l'impression qu'il y ait beaucoup de promotion dans l'allaitement. Je trouve que l'image de la société est très positive, je n'entends pas dénigrer l'allaitement. Mais je ne trouve pas qu'on fasse quelque chose de dynamique. Comme si ça allait de soi et qu'il n'y avait pas besoin de faire de travail de ce côté-là ».

E7L162 « Elle est en train de bouger parce qu'il y a quand même, on sait que les maternités prônent l'allaitement, mais il y a les maternités labellisées « Amis des Bébé », où c'est vraiment très pro-allaitement. »

Le médecin 7 nuance son propos en constatant qu'un médecin généraliste fait partie de la population sensibilisée à l'allaitement maternel.

E7L164 « Après est-ce que ce n'est pas notre milieu d'exercice qui fait qu'on pense qu'il y a une promotion de l'allaitement ? Je pense qu'on est biaisé par ça. Parce que ça nous intéresse nous touche pour notre patientèle, mais poser la question à quelqu'un de lambda « promotion de l'allaitement ? » bof quoi. Surtout que au contraire, on ne voit pas de pub pour l'allaitement, par contre on voit des pubs pour des laits »

d) Une promotion culpabilisante

Les médecins 4 et 6 ont une vision opposée, selon eux la promotion de l'allaitement maternel en France est culpabilisante vis-à-vis des mères en échec ou ne souhaitant pas allaiter.

E4L34 « Une pression qu'elles ont sur leurs épaules en arrivant ici après avoir accouché ? Il faut absolument qu'elles allaitent ? - Oui et qu'elles réussissent aussi, et ça on est souvent là pour dire ce n'est pas grave, le bébé pousse c'est le principal »

Puis **L159** « On a le sentiment que pour bien réussir il faut allaiter »

E6L111 « les messages répétés elles ont déjà intégré qu'elles ne font pas les bons gestes pour leur enfant en n'allaitant pas »

Puis **L254** « Pour moi c'est difficile parce que je vois plus le côté la liberté de la femme, pour moi promouvoir l'allaitement c'est réduire potentiellement le choix, le choix d'allaiter ou pas. »

3.2 Allaitement maternel et espaces publics

a) Un constat de minorité visible

Les médecins 1, 4, 6, 7, 11 s'accordent sur le fait que l'allaitement en public est peu fréquent.

E6L242 « pour autant tu vois pas comme les pays nordiques les femmes dans la rue, à tous les cafés restaurants (...) le fait que ça surprenne fait dire que ce n'est pas tout à fait classique ou habituel ».

E6L150 « je ne vois pas de femmes dans l'espace public parfois dans un café, dans un restau, dans un petit coin on voit une femme qui allaite.(...) Je trouve qu'on voit peu de femmes qui allaitent dans l'espace public »

E7L230 « on n'en voit pas, nous, des mamans allaiter, quand je me balade, ou très peu...alors que ça devrait.. »

E11L171 « quelque chose qui n'est pas courant en fait, et tout ce qui n'est pas courant peut choquer »

Les médecins 1, 4 et 7 constatent que les mères n'osent pas allaiter en public

E1L206 « « là il pleure il faut que je le nourrisse » donc tu fais comme tu peux ...alors le regard des autres... c'est dire à nos patientes qui allaitent qui se retrouvent dans ces situations c'est « faites votre job, si votre enfant avait un biberon vous ne vous poseriez pas la question »

E4L171 « Souvent les mamans essaient de se retourner, si il y a quelqu'un d'autre ou si quelqu'un arrive. Si elles sont toutes seules en salle d'attente il n'y a pas de soucis elles vont allaiter. Mais si quelqu'un arrive, elles préservent vraiment un espace d'intimité. Mais ça vient peut-être de la maman tout simplement qui quand elle allaite essaye de préserver un moment d'intimité avec l'enfant et peut être qu'elle induit elle-même le regard gêné des gens. »

E7L129 « On devrait pouvoir allaiter dans les espaces publics, on ne devrait pas se planquer dans les toilettes publiques pour allaiter, on ne devrait pas recevoir de remarques de qui que ce soit, « rangez moi

ça » « ce n'est pas l'endroit » et L274 « ça peut se faire partout, et que ce n'est pas quelque chose réservé à l'intimité, au foyer, en fait c'est juste un besoin primaire. »

Le médecin 9 contraste ces propos, selon lui l'allaitement en public n'est pas problématique.

E9L202 « c'est arrivé que ma conjointe ait besoin d'allaiter en public et ça n'a jamais été un problème (...) Je n'ai pas le sentiment que ça soit quelque chose de compliqué, qu'il y ait beaucoup de jugement par rapport à ça et d'interdit ? »

b) Mais un allaitement en public qui doit être discret

Les médecins 1, 2, 3, 4 et 5 s'accordent sur le fait que l'allaitement en public peut être source de malaise et se doit d'être discret.

E1L202 « est-ce qu'il ne peut pas y avoir un petit lieu ou justement la maman peut s'isoler pour être aussi tranquillement avec son bébé, j'avoue que si je vois une femme qui allaite au restaurant pour le coup elle n'a qu'un rôle nourricier, je ne crois pas que le rôle d'accompagnement psychologique de l'allaitement soit au top tu vois ce que je veux dire »

E1L217 « Je pense qu'il y a une grande, grande part de pudeur au sens très large du terme, ça ne se fait pas, ça ne se fait pas de mettre sa poitrine à l'air. »

E2L162 « c'est comme s'il venait chercher son casse-croûte, on aurait pu lui transmettre ce code-là, quand on est au restaurant ça se passe autrement, oui je veux bien t'allaiter, il était à mon avis en âge de comprendre qu'il y a des codes sociaux. »

E3L203 « je pense que c'est plus la pudeur qu'on a naturellement, c'est vrai qu'allaiter dans un lieu public, je l'ai fait, (...), mais le but ce n'est pas non plus de montrer le sein aux gens qui passent »

E5L116 « **Quel va être le regard des gens sur un allaitement en public ?** - Ça dépend de comment elle le fait. - **C'est-à-dire ?** - Si elle se couvre bien, si ça ne gêne personne, je pense que si elle se couvre, si elle le dissimule ce n'est pas gênant, mais si elle est le sein à l'air, allaiter dans un lieu public je pense que ça choque les gens et je comprends que ça choque les gens »

c) Le sein dans la société : un organe sexualisé

D'après les médecins 3, 4, 5, 6, 11 la vision du sein dans la société est d'abord une représentation sexualisée.

E3L222 « un enfant assez grand qui avait deux ans (...) soulevait le soutien-gorge et prendre le sein....et sa mère ne s'en est même pas rendu compte...ça, ça peut gêner l'autre parce qu'elle a tellement déssexualisée son sein qu'elle ne se rend même plus compte qu'elle montre une partie qu'on juge intime en France et qu'on est pas sensé montrer comme ça.(...) je comprends que ça puisse choquer des personnes à l'extérieur (...) C'est comme quand vous avez une nana à côté de vous au restaurant avec un décolleté jusque-là ou une jupe jusque-là on en est gêné pour la personne. »

E3L233 « Mais la plupart du temps c'est la personne qui allaite qui est mise dans une situation très désagréable. **Qui est gênée, et qui doit s'isoler ?- Se cacher ! Se cacher pour nourrir son enfant... Oui** (...) parfois c'est juste pour être tranquille, mais souvent c'est pour se cacher. »

E4L164 « **L'allaitement en public, est-ce que tu penses que c'est quelque chose qui est valorisé ? Non,** (...) si elle s'installe pour allaiter son enfant dans la rue ou sur un banc public, les gens vont être mal à l'aise. »

E5L134 « **Tu disais que ça pouvait provoquer une gêne, tu penses que ça peut être en rapport avec le côté sexuel du sein ? Oui, aussi, j'imagine que les gens doivent être gênés de voir cette partie du corps des femmes. Même si c'est dans le but de l'allaitement, certaines personnes verraient ça comme de l'exhibition. Un manque de pudeur quoi.** »

E6L163 « Si tu dis sein, à n'importe qui d'ailleurs, homme, femme, enfant, ce n'est sans doute pas allaitement qui sort en premier (...) c'est plutôt en rapport avec un corps »

E11L164 « La discussion va être un petit plus compliquée si la question c'est est-ce qu'une maman pendant une réunion ou pendant une balade allaite, ça c'est peut-être effectivement un petit peu plus compliqué aux yeux des personnes qui seront présentes (...) Je pense que le côté dérangentant c'est la particularité d'avoir une maman qui va allaiter au sein en public »

Pour les médecins 1, 3, 4, 7 c'est surtout la représentation masculine qui interprète la pratique de l'allaitement comme un acte érotique.

E1L192 « même les hommes plus âgés me disent « c'était chouette en salle d'attente il y avait une maman qui allaitait ». Mais on a envie de dire à se monsieur « est-ce que si c'était votre femme il y a 40 ans qui allaitait votre enfant est ce que vous auriez réagi pareil ? ». Je n'en suis pas sûre. »

E1L223 « Et quand je vois le moment où elle prépare sa poitrine, souvent j'ai vu des internes, hommes notamment, s'arranger pour ne pas regarder. (...) quand c'est des internes hommes, il y a un petit geste de recul (...) **Ensuite c'est ok ?-Oui c'est le regard sexuel en fait** ».

E3L207 « effectivement on voit dans le regard des gens surtout des hommes un côté malsain (...) C'est très, très désagréable ! (...) d'avoir un homme qui regarde un peu par-dessus le lange pour essayer de voir c'est très désagréable alors qu'on essaie juste d'être là dans un moment (...) qui n'a aucun caractère sexuel et qui le devient et ça c'est gênant. »

E4L179 «les dames ça ne les gênent absolument pas, les messieurs un peu plus, les messieurs je pense qu'ils se sentent gênés devant une jeune femme qui allaite. »

E7L58 « l'érotisation du sein ça c'est clair (...) que ça paraisse justement à visé de séduction ou ce genre de chose alors qu'en fait pas du tout »

Puis **L123** « il faut arrêter de voir les seins comme des sujets érotiques »

3.3 Allaitement maternel et milieu professionnel

a) Un congé maternité trop court

Les médecins 2, 3, 4, 5, et 7 expriment leur sentiment de congé maternité trop réduit qui induit un sevrage précoce et non désiré.

E2L189 « c'est la longueur des congés maternités, si les femmes pouvaient prendre le temps après une naissance et faire grandir éduquer leur enfant on peut imaginer que l'allaitement serait plus facile »

E3L155 « Enfin si on avait des congés maternités plus longs on aurait des allaitements plus longs et ça c'est indéniable. Je pense que d'ailleurs si on prend des stats d'autres pays où les congés maters sont plus longs, les durées d'allaitement sont plus longues. »

E4L219 « c'est vrai qu'en y réfléchissant je trouve que j'arrête très régulièrement et il est vrai qu'une maman qui a envie de poursuivre l'allaitement qui est fatiguée je vais être un peu tolérante...si c'est un allaitement qui marche bien, c'est peut-être pas bien... »

E5L178 « Et comment est-ce qu'on pourrait améliorer ça ?- En faisant des congés plus longs et mieux rémunérés. Comme on entend dans certains pays. »

E7L71 « on doit reprendre le travail tôt, trop tôt. »

b) Une reprise du travail qui se prépare

Les médecins 1, 3, 5, 7 et 9 constatent des sevrages fréquents induits par la reprise du travail.

E1L163 « Au bout du compte très peu de femme arrivent à continuer à allaiter leur enfant en continuant leurs activités professionnelles (...) L'allaitement dans toute sa splendeur se casse la figure dès que la maman reprend le boulot.»

E3L142 « la grande majorité des femmes arrête d'allaiter quand elles reprennent le travail donc elles font un sevrage à deux mois, deux mois et demi pour introduire le lait en poudre »

E5L46 « c'est plus compliqué, le retour au travail, d'arrêter plus tôt, du coup elles se disent qu'elles ne vont pas faire »

E5L171 « Et pour reprendre le travail surtout, par rapport à la durée de l'allaitement surtout. On est sensé allaiter six mois ?(...) C'est un peu compliqué de reprendre le travail que six mois après quoi »

E7L213 « on a pas possibilité de ne pas sevrer un enfant quand on reprend le travail. »

E9L21 « Parce qu'elles ont du mal à concilier l'allaitement, souvent ça se passe au moment de la transition de la reprise du travail »

Les médecins 4, 6 et 7 insistent sur une anticipation nécessaire de la reprise du travail dans un contexte de volonté de poursuite de l'allaitement maternel.

*E4L141 « Après il y a la reprise du travail évidemment, (...) et souvent le cap à passer pour les mamans qui veulent vraiment garder un moment d'allaitement tirer le lait, garder ensuite la tété du matin et du soir donc il y a cet accompagnement là à faire (...) c'est vraiment du soutien à ce moment (...) **Donc ça se prévoit un peu en amont** ?- Oui à la consultation post-natale en générale, après au deux mois du bébé »*

E6L231 « ensuite c'est le travail, clairement, elles ont besoin de se préparer de ce que je vois, à une reprise où c'est calé »

E7L172 « Et que souvent l'allaitement est peu compatible avec le travail ou alors il faut s'organiser »

c) Des entreprises non adaptées, non volontaires

Le médecin 4 constate des inégalités selon les entreprises.

E4L223 « Il y a des entreprises qui ont droit à un mois en plus. C'est très inégalitaire ? - Oui, toutes les banques donnent un mois en plus, la sécurité sociale aussi, il y a quand même des entreprises où il y a le droit à un mois en plus de congé pour l'allaitement, donc quelque part je suis peut-être un peu gentille par moment, mais je crois qu'il y a quelque chose à travailler de ce côté-là. »

Les médecins 1, 4, 7 et 8 s'insurgent du manque de volonté des chefs d'entreprises d'intégrer les femmes allaitantes.

E1L261 « par exemple dans les lieux de travail ça pourrait être amélioré, mais ce n'est pas les politiques qui doivent gérer ça c'est les chefs d'entreprise »

E4L209 « Peut-être qu'il faudrait au niveau de l'entreprise de le dire, de faire une campagne vous avez le droit, relancer l'info (...) C'est sûr que si c'est une entreprise très masculine là ils ne vont pas faire d'effort »

E7L74 « « est-ce qu'il y a un frigo, est-ce que je vais trouver un créneau, est-ce que ça ne va pas déranger mes collègues, est ce que ça ne va pas me ralentir, est ce que je ne vais pas me retrouver inondée en plein milieu d'une réunion ? » (...) Peut être que voilà, être inondée en plein milieu d'une réunion à 3-4 mois du post-partum ça devrait être normal »

E8L205 « Il y a une loi qui existe avec une pièce dédiée, une heure par jour non payée. Non payée ? Non payée. Tu vois comme c'est mesquin »

E8L211 « parce qu'il n'y avait pas d'endroit ni de frigo pour la conservation (...) l'environnement professionnel ne permettait pas sa mise en place »

4. L'allaitement maternel en médecine générale

4.1 Médecin généraliste : un promoteur de l'allaitement maternel

a) Un rôle d'information pendant la grossesse

Les médecins s'accordent sur leur rôle indispensable de promotion et d'information pendant la grossesse.

E1L243 « on suit quatre-vingt-dix pour cent si ce n'est plus nos patientes enceintes, (...) Des consultations dédiées ce serait intéressant »

E2L40 « sensibiliser la patiente avec la grossesse à l'allaitement (...) « est-ce que l'allaitement est une solution pour vous est-ce que vous l'envisageriez ? » Une discussion préalable en amont pour connaître la perception qu'elle en a et puis l'orienter éventuellement »

E4L189 « Est-ce que c'est nous aussi qui à un moment « est ce que vous comptez allaiter », rien qu'en posant la question est-ce qu'on met une idée dans la tête de la maman ? Alors la promotion... ? »

E5L32 « Je pense que ce serait promouvoir l'allaitement avant l'accouchement.- Un rôle de promotion ? - En tout cas pour ma pratique ce serait plus facile à faire d'en parler avant plutôt que quand les femmes allaitent, de les suivre moi je ne suis pas au niveau. »

E6L98 « Le généraliste il a une recommandation OMS, PNNS, il y a du monde, donc toi en tant que voix ou promoteur de la santé publique en France »

E7L22 « Un rôle d'information dans un premier temps. Si déjà au cours de la grossesse la maman se pose des questions sur allaitement ou pas, il faut qu'on soit à même de répondre à ces questions »

E9L217 « Cette question-là le sujet est évoqué quand il y a une grossesse en cours avec les sages-femmes, gynécos et médecins généralistes, c'est à ce moment-là que le sujet est abordé, et j'espère qu'il est abordé de manière globale »

E11L31 « d'expliquer les bienfaits de l'allaitement » puis L182 « je pense que ce qui pourrait être amélioré aussi c'est que les jeunes mamans ont souvent en tête qu'allaiter ça va être les mêmes contraintes alimentaires que pendant la grossesse c'est-à-dire zéro alcool, « tout ce que je ne pouvais pas manger pendant la grossesse, je ne pourrais pas le manger pendant l'allaitement ». Donc ça peut-être qu'il y aurait des choses à clarifier là-dessus qui peuvent être une crainte. »

b) Un rôle de soutien pendant la période d'allaitement

Les médecins expriment leur volonté de soutien à travers leur disponibilité et l'écoute attentive des difficultés des mères allaitantes.

E2L49 « Après, pendant l'allaitement, un soutien évidemment, c'est un chemin semé d'embûches, et ce n'est pas parce que ça ne marche pas les premiers jours, ce n'est pas parce qu'il y a un sentiment d'échec que tout doit être remis en question donc un soutien, se monter quand même disponible et à l'écoute en cas de difficulté »

E3L150 « notre rôle c'est aussi de leur dire que c'est faisable (...) si c'est fait par sa propre volonté parce que on a vraiment de continuer et que ça provoque du plaisir au final on est quand même gagnant. »

E8L33 « Un rôle d'accompagnement, un rôle de veiller au bon déroulement donc que ça se passe dans de bonnes conditions, que ça soit bien vécu, que la mère et l'enfant en profite bien »

c) Une pratique pluridisciplinaire

Les médecins 2, 4, 9, 10 et 11 s'accordent sur la nécessité de connaître des personnes ressources pour maximiser la bonne prise en charge de la patiente et de son enfant. Les soignants cités sont principalement la sage-femme, les puéricultrices, la PMI, ou les gynécologues.

E2L60 « personnellement je ne me sens pas compétent pour accompagner, mais j'ai des personnes ressources pour ça. Concrètement je peux passer facilement un coup de fil à la sage-femme pour avoir un avis ou aux personnes ressources, à la PMI. »

E4L22 « Donc un rôle en association avec la sage-femme ? - Oui en association avec la sage-femme »

E9L51 « puis je n'hésites pas non plus à faire appel aux puéricultrices spécialisées en allaitement ou à la PMI pour avoir leur avis, je n'hésites pas à déléguer aussi. »

E10L110 « je vais conseiller d'aller voir une sage-femme pour avoir plus de conseil, je vais plutôt déléguer pour avoir le maximum de chance »

E11L22 « on travaille pas mal avec des sages-femmes qui sont assez proches du cabinet, sinon souvent c'est avec des gynécos de ville ou de l'hôpital »

d) L'influence de son expérience personnelle

Les médecins généralistes qui ont fait le choix d'un allaitement maternel pour leurs propres enfants expriment que cette expérience a influencé leur pratique, en motivant une auto-formation et en s'inspirant de leurs propres difficultés afin de répondre aux interrogations des mamans.

E1L289 « Plus à l'aise oui mais même si je n'avais pas allaité j'aurais quand même tout fait pour encourager mes patientes à allaiter »

E2L65 « ça a beaucoup influencé ta pratique quand tu avais plus de pédiatrie ?- Oui parce que là j'étais avec quelqu'un qui vivait le truc pleinement par son métier j'entendais beaucoup parlé d'allaitement et de par notre expérience perso »

E3L61 « Oui d'être maman et d'avoir allaité forcément ça a changé un peu ma vision mon approche du post-partum donc j'insiste beaucoup plus sur les difficultés que peuvent avoir les mamans, que ce soit sur l'allaitement ou autre chose en post-partum »

E7L26 « soit d'y être passée donc d'être une femme qui a voulu allaiter ou pas d'ailleurs (...) Déjà le fait d'être maman pendant l'internat, donc d'avoir démarré la pratique de la médecine générale en ayant un enfant, ça j'ai trouvé que ça apportait énormément »

E8L56 « Déjà je l'ai vécu, voilà j'ai allaité mes trois enfants »

*E9L31 « Et quand même le fait d'avoir une petite fille qui a été allaitée, ça m'a permis de le vivre au quotidien, de voir comment ça se passait. **Ton expérience personnelle à influencé ta façon de pratiquer après ? Oui complètement ! (...)** je suis quand même plus à l'aise pour en parler depuis que je l'ai vécu à travers ma conjointe. »*

4.2 Médecin généraliste : un rôle prédominant de soutien de la mère

Les médecins interrogés insistent sur leur rôle principal de soutien du choix des mères concernant l'alimentation de leur enfant. Plus qu'une volonté de promotion de l'allaitement, ils souhaitent parvenir à un bien-être physique et psychologique de la maman.

a) Un rôle de modérateur vis à vis de l'entourage

Les médecins 3, 5 et 7 expriment leur préoccupation du choix de la maman, ils s'accordent sur leur rôle de modération des influences extérieures afin que la maman puisse faire un choix éclairé concernant l'alimentation de son enfant.

E3L110 « Toujours essayer de comprendre si l'environnement est adapté ou pas, (...)Voilà son choix à elle, et qu'elle ne soit pas influencée par les autres pour ne pas qu'elle regrette parce qu'il y a beaucoup de mamans qui regrettent »

E5L90 « Un rôle d'information et de modération vis-à-vis de ce qu'elles peuvent entendre ? - Oui surtout si elle lui dit « faut pas faire, faut pas faire » en tout cas si on est témoin de ça dans une consultation je pense qu'il faut contredire. »

E7L165 « On se retrouve devant une personne qui a ses convictions, ses contradictions et nous dans l'information et dans l'aide on doit s'adapter à ça, parce que on est toutes différentes. »

Les médecins expriment leur vigilance concernant la pression familiale et leur rôle de soutien du choix de la mère.

E6L125 « mode protection de la maman, c'est-à-dire quel que soit le message du père je vais tenter de l'adoucir. Et pas d'influencer dans une position pro ou anti-allaitement, (...) je vais généralement pas prendre le contre-pied, mais clairement tempérer le message du papa »

E7L110 «pas très soutenue et donc du coup ça peut rendre les choses compliquées. Après, à elles de décider si elles veulent continuer dans ce souhait ou pas... mais du coup ça passe par une information du papa. - Est-ce que le médecin pourrait avoir un rôle ? - Oui éventuellement »

E9L126 « la maman et le petit avait deux mois, la maman était épuisée par l'allaitement et c'était très dur pour elle, et elle sentait la pression de l'entourage et de sa mère, (...) j'ai un peu désamorcé les choses en disant que si elle voulait arrêter c'était d'abord sa décision à elle, (...) il fallait qu'elle écoute son corps, qu'il ne fallait pas qu'elle le vive comme un échec si c'était sa décision. »

Puis *L139 « les mamans entendent tout et son contraire parce que chacun à son expérience personnelle et parfois les personnes ont tendance à faire de leur expérience personnelle une loi générale. Et elles doivent bien comprendre, il faut leur dire aussi, que c'est leur expérience à elles, et que leur sentiment est souvent le bon »*

b) Une volonté de neutralité

Les médecins 1, 2, 3, 6, et 9 insistent sur leur volonté de garder une certaine neutralité afin de laisser le libre choix à la maman, et afin d'éviter tout sentiment de culpabilité.

E1L285 « est-ce leur choix à elles, qu'est-ce qu'elle veulent vraiment ? c'est leur corps après tout ! C'est là que notre rôle est important pouvoir les aider dans leur choix, le leur ! »

E2L87 « pour moi ce n'est pas naturel le biberon, je ne me permets évidemment pas d'être jugeant.- **Oui. Mais la première idée en voyant le biberon c'est « oh mince... »** ?- En me disant tout de suite derrière, enlève ce prisme là parce que ce n'est pas mon problème elle a sûrement ses raisons et ce doit être de bonnes raisons, je n'ai pas à le savoir. »

E3L47 « Surtout pas un rôle de jugement. Il y en a beaucoup trop, (...) toutes les personnes qui vont encadrer les mamans autour de la naissance, il y a beaucoup de jugement, « tu allaites, tu es esclave de ton enfant » « tu n'allaites pas tu lui donnes du chimique. » »

E6L102 « Mais maintenant quand j'en parle c'est de manière très, très neutre, (...) j'essaye surtout de ne pas y mettre d'affect ni positif ni négatif (...) Donc si la femme est motivée je vais aller dans ce sens-là si elle a des réticences, en demande d'infos je vais glisser si elles le veulent le petit livret et si jamais je sens vraiment un refus on en reparle volontiers mais voilà. »

E9L24 « je garde un regard très neutre par rapport à ça, en essayant de respecter leur volonté, de ne pas trop les diriger »

puis ligne **L123** « j'essaye de rassurer, toujours dans mon esprit de neutralité d'allaitement maternel ou artificiel, de toute manière qu'elles fassent l'un ou l'autre elles font bien, il n'y a pas de sentiment d'échec à avoir »

puis ligne **L211** « Je pense qu'il faut garder toujours cet état d'esprit neutre, effectivement, l'allaitement maternel est recommandé et n'y a pas de caractère obligatoire. Je pense qu'il faut laisser le choix aux femmes de prendre leur décision comme elles l'entendent et toujours leur dire que quel que soit leur choix le choix sera le bon »

E11L32 « c'est compliqué d'influencer les futures mamans, c'est un choix qui est vraiment personnel et nous on a pas spécialement à interférer dans cette décision, à les faire culpabiliser, à les faire ressentir ce que nous on aimerait qu'elles fassent (...) qu'on est pas là pour faire culpabiliser les gens »

c) Un rôle de soutien en cas d'échec

Les médecins 3, 4 et 10 s'accordent également sur une volonté de déculpabiliser les femmes en échec ou souhaitant l'arrêt de leur allaitement.

E3L57 « il n'y a pas de solutions parfaites, à mon humble avis, sur l'alimentation du nouveau-né, et notre rôle de leur faire comprendre ça aux mamans et de les déculpabiliser. (...) et parfois on a envie de leur dire « écoutez ça ne va vraiment pas bien, est-ce que vous ne seriez pas plus heureuse en faisant du mixte ? » Ouvrir la voie sans forcer, faut pas être pro-allaitement ni pro-biberon, plutôt pro-positif ! »

E4L23 « de la réassurance beaucoup quand même, j'ai le sentiment que quand les mamans allaitent elles perdent vite confiance (...), combien de fois il faut leur dire ce n'est pas grave si ça ne marche pas !- **Donc démystifier ?** - Voilà démystifier l'allaitement à tout prix »

E10L111 « Si elles doivent arrêter alors qu'elle avaient dans l'idée de continuer c'est plutôt psychologiquement qu'il y a besoin de déculpabiliser de dédramatiser. C'est plus ça notre rôle. »

4.3 Les freins à la prise en charge de l'allaitement

a) Médecin généraliste : un interlocuteur en deuxième ligne

Les médecins 1,4, 6 considèrent que l'interlocuteur principal de la mère allaitante est la sage-femme.

E1L35 « Je pense qu'on a pas forcément le rôle principal, c'est plutôt le rôle de la sage-femme. Mais quand même on est souvent en deuxième ligne, en parallèle de la sage-femme. Alors nous on a Françoise ici c'est facile elle fait le boulot à notre place »

E4L17 « Même si j'ai le sentiment que la sage-femme est beaucoup plus formée que moi à ce niveau-là et qu'elle va répondre très facilement aux sollicitations, des mamans. J'ai le sentiment quand même que, depuis quelques années, il y a un relais qui s'est fait. J'ai le sentiment d'avoir moins de questions de la part des mamans, par rapport à avant, au début de l'allaitement. »

E6L18 « Et ensuite à la naissance il y a quand même la grande place de la sage-femme notamment le premier mois (...) elle évoquait des difficultés des petites choses qui se mettaient en route mais qu'elle mettait dans le domaine de la sage-femme, elle m'en parlait vaguement mais je ne me sentais pas interpellée activement par la patiente. »

Les médecins 6, 7 et 8 affirment que leur rôle concerne principalement la gestion des difficultés et des complications de l'allaitement.

E4L37 « et gérer quand il y a des soucis, comme l'engorgement on est appelé aussi quand même, ou la lymphangite classiquement, gérer les petites pathologies fréquentes. »

*E6L56 « je vais voir un sein parce que le sein va poser problème , ça va plutôt représenté le côté pathologique, quand la sage-femme estime qu'il y a un problème et que ça sort de leur cadre physiologique (...) **Tout ce qui est suivi normal c'est la sage-femme et dès que ça sort du cadre, plutôt patho là on re-bifurque vers le médecin généraliste ?** -C'est ma perception, je ne sais pas si ça devrait être codifié comme ça mais dans la pratique c'est comme ça que ça fonctionne. »*

E7L14 « quand même un petit peu sur des questions surtout de complications, mastite, engorgement, plutôt là-dessus »

E8L21 « De la pathologie un petit peu sur des seins engorgés, des seins très douloureux, des mamelons abîmés, des lymphangites aussi (...), que le médecin généraliste soit la personne, une personne ressource sur une difficulté d'allaitement, en tout cas moi en tant que médecin généraliste c'est comme ça que je vais me positionner. »

E11L48 « Si l'allaitement se passe mal, qu'elle rencontre des difficultés, c'est là que nous on va avoir un rôle pour essayer, si c'est leur souhait de poursuivre l'allaitement maternel »

b) Le genre: des médecins hommes moins sollicités

Les médecins hommes 2, 9 et 10 pensent que les femmes médecins sont plus à même de suivre les consultations de gynécologie et donc l'allaitement maternel.

E2L24 « Donc en fait mes patientes ont souvent un interlocuteur... une de mes associées pour la gynéco donc si il y a une grossesse c'est mes collègues qui font le suivi de grossesse. »

E9L49 « j'ai d'autres collègues femmes au cabinet qui sont bien calées aussi sur le sujet et qui peuvent m'aider »

E10L13 « Pas très souvent, parce que depuis que mes collègues se sont installées, déjà elles font le suivi de grossesse et donc tout le suivi après, donc je n'en vois pratiquement plus. -Après tu revois les enfants et les mamans après le suivi de grossesse ? -Beaucoup restent avec mes collègues pour le suivi des enfants. Mon activité a changé depuis l'arrivée de mes collègues. »

c) La formation

- Une formation initiale insuffisante

Les médecins font le constat d'une formation initiale insuffisante. Ils s'accordent sur une nécessité d'auto-formation afin de répondre aux questions d'allaitement les plus courantes.

E3L22 « Après c'est plus de la formation continue et le fait de s'y intéresser professionnellement et personnellement, qui fait qu'on acquière les connaissances.- Tu penses qu'un médecin généraliste doit aller chercher ses connaissances puisque finalement dans notre formation...- Ce n'est absolument pas présent »

E5L24 « Est-ce que tu as reçu une formation concernant l'allaitement maternel, pendant tes études ou après ?- Non pas spécifiquement pour ça. »

E6L68 « mais en formation initiale je n'ai pas le souvenir d'avoir eu de cours de base d'allaitement (...) Tout ce qui est autour de la position, des techniques d'adaptation du début de l'allaitement je n'ai pas le souvenir »

E7L24 « Mais ça je pense que ça nécessite soit une formation particulière parce qu'on est pas assez bien formés à ça dans notre cursus (...) ce défaut de formation c'est vraiment dommage (...) Si les patientes viennent nous voir pour suivre leur enfant on devrait quand même être beaucoup plus formés à l'allaitement. »

E8L54 « La formation que j'ai reçue sur l'allaitement ? c'est de l'auto formation ! »

E9L38 « Clairement je n'ai rien reçu en formation théorique, (...) pendant tout l'internat avec tous les cours théoriques qu'on a, je n'ai rien eu. »

E10L21 « Est-ce que tu penses que la formation du médecin généraliste est adaptée ?-Non »

- Une formation hétérogène

Les médecins 4, 9, et 11 s'inquiètent d'une formation hétérogène selon les lieux de stages.

E4L45 « je suis passé en tant qu'externe en sixième année en gynéco, (...), écoutes je n'ai pas eu de cours spécifiques, alors je ne m'y suis pas intéressée non plus, mais j'étais plus intéressée par la salle d'accouchement et les grossesses et l'obstétrique. je suis repassée en tant qu'interne, FFI à Quimper, voilà c'était à nous de chercher (...) Oui c'était à nous, on n'a jamais eu de cours là-dessus à la fac. Non on n'est pas formés. »

E9L29 « La seule formation que j'ai c'est quand je suis passé en pédiatrie à l'hôpital de Morlaix, il y avait une des puers qui venait de faire un DU d'allaitement et du coup quand on avait le temps on faisait des petits topos là-dessus »

E11L197 « C'est vrai que sur le pratico-pratique expliquer à une maman qu'il y a différentes positions sur l'allaitement (...) ça c'est très inégal d'une personne à l'autre en terme de formation. J'avais eu la chance d'en discuter en peu en pédiatrie, d'avoir eu des cours dans le service assez pratico-pratique »

Le médecin 5 affirme qu'une formation spécialisée d'un médecin généraliste sur l'allaitement maternel pourrait réduire l'ensemble des compétences du médecin généraliste.

*E5L142 « peut-être un meilleur accompagnement des femmes enceintes ? Je ne sais pas si ça existe des spécialistes de l'allaitement ? Des pédiatres ou bien ?- **Il y a des diplômes interuniversitaires.**- Chez des méd gé ?- **Oui (...)** mais je trouve que toutes les sur-spécialités en médecine générale, ça fait un médecin généraliste de moins quoi. Sachant qu'il n'y en a déjà pas beaucoup. »*

d) Le manque de temps

Les médecins 1, 5 et 6 insistent sur leur manque de disponibilité afin d'organiser des consultations d'allaitement qu'ils jugent chronophages.

E1L44 « par manque de temps essentiellement. Une fois de plus, parler d'allaitement, quand tu reçois une patiente après son accouchement, il y a tellement de choses à voir que quelques fois ... tu n'as pas forcément le temps de tout voir. » et L55 « Mais c'est super chronophage, une fois de plus »

E5L151 « Ils sont peut-être plus disponibles que les médecins, parce que rajouter ça à l'activité des médecins... »

E6L46 « c'est-à-dire que le premier mois du nouveau-né ça prend beaucoup de temps clairement je m'imaginerais pas avoir un temps allaitement maternel dans ce temps de consult là ».

IV. Discussion

A. Bilan de l'étude

L'étude a permis d'évaluer la représentation de l'allaitement chez les médecins généralistes du Finistère Sud et leur influence dans le choix du mode d'alimentation d'un nouveau-né.

L'étude a mis en évidence une image de la mère allaitante bien informée des bienfaits du lait maternel avec une volonté d'engager un lien particulier à travers ce mode d'alimentation. Les médecins ont partagé leur représentation des difficultés à l'allaitement avec l'image d'une mère extrêmement sollicitée, épuisée, avec un corps douloureux exposé au regard d'autrui. La prise en compte de l'entourage de la mère allaitante apparaît essentielle, avec une attention particulière sur les croyances familiales maternelles et sur les appréhensions paternelles.

L'enfant allaité est décrit comme ayant quelques particularités, notamment un sommeil plus haché et plus de difficultés à la séparation de la mère. L'allaitement long est évoqué et apparaît comme dérangeant chez la majorité des médecins généralistes.

Cette étude a ensuite permis d'identifier leurs représentations de l'allaitement maternel dans la société. La notion de promotion de l'allaitement semble très hétérogène. Bien que les médecins s'insurgent sur l'existence d'une faible proportion de femme qui allaitent en public, tous estiment que la discrétion est la règle, en évoquant la mise à nu d'un organe sexualisé. La reprise professionnelle, trop précoce, est vue comme un frein majeur à la poursuite de l'allaitement.

Enfin, l'étude a permis de mettre en évidence que les médecins s'accordent sur leur rôle de promoteur et de soutien de l'allaitement maternel dans une prise en charge pluridisciplinaire. Toutefois la volonté de neutralité et la préoccupation de ne pas culpabiliser la mère semblent prioritaires. De plus, la formation hétérogène, l'inexpérience personnelle et le manque de temps semblent influencer leur pratique.

B. Points forts et limites

1. Points forts

La méthodologie qualitative et les entretiens semi-dirigés sont une méthode adaptée à la réalisation de cette étude. L'étude permet d'analyser des données non quantifiables comme le ressenti ou le vécu des médecins.

L'échantillon, élaboré de manière raisonnée, était de taille adaptée à l'étude et exhaustif pour les critères principaux (Genre - Expérience familiale - FMC - Pratique gynéco-pédiatrique).

Les entretiens semi-dirigés en duo offrent la possibilité d'une discussion libre et confidentielle assurant l'expression d'un ressenti. L'objectif de l'étude exprimait le souhait que les éléments de réponse émergent du discours du médecin sans trop être influencé par l'investigateur.

Les entretiens en duo ont permis le respect des réponses des médecins et de leur confidentialité. Ce mode de recueil a facilité l'expression du ressenti personnel plus difficile à exprimer en focus groupe. L'anonymat des entretiens a été respecté. L'enregistrement des entretiens a facilité une retranscription la plus fidèle possible limitant ainsi le biais de mémoire.

Le guide d'entretien a évolué pendant l'étude. La recherche des objectifs de l'étude s'est avérée être plus précise au fur et à mesure des entretiens. Mon expérience d'intervieweur a également évolué permettant une discussion plus fluide et des relances plus adaptées.

Les règles de la recherche qualitative ont été respectées. Il a été pris en compte l'échelle COREQ constituée des 32 critères d'évaluation à rapporter lors de la réalisation d'une étude qualitative. La validité interne de l'étude est bonne.

2. Limites

L'échantillon, bien que de taille suffisante pour obtenir une saturation des données, n'est pas statistiquement représentatif de l'ensemble des médecins généralistes du Finistère Sud. Cette étude n'a donc pas de forte validité externe. Elle donne une tendance non quantifiable des données recueillies. Il s'agit de faire naître la réflexion.

Les entretiens ont été réalisés sur la base du volontariat entraînant un biais de sélection. Le sujet étant annoncé lors de la demande d'entretien, les médecins ayant

répondu ont pu être intéressés par le sujet ou par la démarche. Les médecins pouvaient refuser de répondre à l'entretien à tout moment. Parmi l'ensemble des médecins contactés, les principaux motifs de refus ont été un manque de temps, un souhait de limiter les rencontres au cabinet dans le contexte sanitaire lié au COVID-19, ou un désintérêt du sujet.

Un biais de mémoire est observé lors du recueil des données par l'hésitation des médecins à se souvenir de situations cliniques vécues. Il existe également une absence de retranscription des données non verbales des entretiens par l'absence de prise de notes durant les entretiens. L'unique utilisation d'un enregistreur vocal était volontaire afin d'obtenir une interaction entre les deux protagonistes de l'entretien et une discussion plus fluide.

Il pouvait exister un biais d'investigation par l'utilisation de questions parfois trop longues et mal comprises. La reformulation des questions a permis de limiter ce biais.

Les conditions d'entretien n'ont pas été identiques entre les différents médecins interviewés. Certains médecins ont été interrompus par un collègue du cabinet. Ces interruptions ont été rapportées dans la transcription des verbatims. La réalisation des entretiens à différents moments de la journée (matin, pause du midi, plage de consultations) entraînait une capacité d'attention variable des médecins, et induisait une limite horaire à respecter.

Trois médecins avaient connaissance de mon obtention du Diplôme Inter-Universitaire « Lactation Humaine et Allaitement Maternel », cela a pu entraîner un biais de déclaration vis-à-vis de l'étude. On peut se demander si les médecins ont bien révélé tout leur ressenti vis-à-vis d'un sujet sensible par peur d'être jugé.

L'influence de ma propre opinion a pu entraîner un biais d'interprétation. Ce biais est relatif par la réalisation d'un double codage.

C. Discussion des résultats et littérature

1. Médecin généraliste et enfant allaité

a) Les bienfaits de l'allaitement maternel sur la santé de l'enfant

Les médecins généralistes s'accordent sur le caractère parfaitement adapté du lait maternel. De nombreuses études montrent les bienfaits protecteurs de l'alimentation au lait maternel sur le plan anti-infectieux, immunitaire, métabolique, cognitif.

Une étude a montré que si la proportion des enfants allaités en France était égale à celle de la Norvège, où plus de 40 % des enfants sont allaités à l'âge de 9 mois, on pourrait éviter 8 000 cas de diarrhées à rotavirus et 1 000 hospitalisations par an. L'infection à rotavirus serait responsable de 300 000 épisodes de diarrhée aiguë chez les enfants de moins de 5 ans en France dont 160 000 diarrhées sévères. L'excès de risque d'une infection à rotavirus a été estimé à 2,27 chez les enfants de 6-11 mois non allaités par rapport aux enfants allaités (14).

Les enfants allaités (dont un allaitement exclusif d'au moins 4 mois) ont moins de risque de développer une infection respiratoire grave avec hospitalisation, et moins de risque de développer une infection gastro-intestinale comparativement aux enfants non allaités (15).

Une méta-analyse a montré qu'un allaitement maternel était associé à un risque plus faible de développer une otite moyenne aiguë jusqu'à l'âge de 2 ans. Cette association est d'autant plus forte que l'allaitement est exclusif et prolongé (16).

L'allaitement maternel a des qualités sur le plan immunitaire. L'allergie est la quatrième maladie à l'échelle mondiale selon l'OMS. En 2016 il était estimé qu'environ 339 millions de personnes souffraient d'asthme (17). Selon l'étude PROBIT (PRomotion Of Breastfeeding Intervention Trial) l'effet protecteur de l'AM sur l'asthme et l'eczéma concernent des nourrissons à risque (avec antécédents familiaux) jusqu'à l'âge de 2-3 ans si un allaitement maternel de plus de 3 mois et exclusif aurait été suivi (18).

Concernant le plan métabolique, l'allaitement est associé à une baisse de la prévalence du surpoids et d'obésité à 5-6 ans (19). Plus l'allaitement est long, plus le risque de surpoids à l'adolescence est réduit (20). Une méta analyse montre que l'allaitement maternel réduit le risque de diabète de type 2 à l'âge adulte et diminue de 13% les risques de surpoids et d'obésité à l'âge adulte (21).

Les avantages de l'AM sur le plan cognitif n'ont pas été évoqués durant les entretiens. Une méta-analyse de 17 études montre un bénéfice de l'allaitement avec 3,44 points de QI supplémentaire. En cas d'ajustement avec le QI maternel l'étude observe un bénéfice de 2,62 points de QI (22).

Une Etude de cohorte sur les Déterminants pré et post-natals précoces du développement psychomoteur et de la santé de l'Enfant (EDEN) a été réalisée en France de 2003 à 2006. Bernard et al. ont montré un bénéfice dans les capacités de langage et dans le développement global que l'allaitement maternel soit partiel ou exclusif. Il n'y avait pas d'effet de la durée de l'allaitement maternel (23).

b) Un développement staturo-pondéral à pondérer sur les courbes OMS

La majorité des médecins interviewés ont une image d'un enfant allaité avec un développement staturo-pondéral différent de l'enfant non allaité. Plusieurs études ont montré que, comparativement aux enfants nourris au lait artificiel, les enfants allaités jusqu'au moins l'âge de un an grossissent plus vite pendant les deux à trois premiers mois et moins vite à partir du troisième ou quatrième mois (24).

Notons que ces différences de développement ont été prise en compte tardivement : en effet les courbes établis par l'OMS en 1977 était basée sur des enfants caucasiens non allaités, avec des mesures espacées de 3 mois. L'étude OMS de 1997 à 2004 a permis d'établir de nouveaux standards internationaux avec pour objectifs de faire de l'alimentation au sein une norme, d'établir une référence pour la vitesse de croissance ainsi que pour l'obésité, et de faire le lien entre croissance et développement moteur (25).

Il est intéressant d'utiliser ces courbes chez l'enfant allaité : par exemple un enfant allaité exclusivement avec une prise de poids dépassant les courbes pourrait être considéré comme à risque d'obésité, à l'inverse un enfant allaité avec une croissance tout juste acceptable pourrait être plus alarmant selon la courbe OMS. Il existe un risque de prodiguer des conseils erronés en utilisant une courbe non adaptée.

c) Âge de la diversification: une souplesse possible

Concernant la diversification alimentaire, une minorité de médecins avait un sentiment d'une diversification plus longue à se mettre en place. Pour un des médecins, cette mise en place apparaissait comme problématique et difficile.

La diversification est-elle plus difficile chez le nourrisson allaité ? Une étude a tenté de répondre à cette question en mesurant l'appétence des nourrissons pour la carotte selon 3 groupes (26). Le premier avait été exposé via le liquide amniotique chez des mères ayant consommé du jus de carotte. Le second a été exposé via le lait maternel chez des mères consommant du jus de carotte. Le dernier groupe contrôle concernait des nourrissons dont les mères n'avaient consommé que de l'eau durant la fin de la grossesse et durant l'allaitement. Les résultats ont montré que les nourrissons exposés à la saveur carotte via le liquide amniotique ou via le lait maternel avaient moins d'expression faciale négative en consommant des céréales aromatisées à la carotte via des céréales ordinaires de plus les mères les percevaient comme appréciant davantage la saveur carotte à la saveur ordinaire. L'allaitement maternel pourrait alors être un allié de la diversification plutôt qu'un frein.

Une diversification qui semble être retardée est-elle problématique ? Jusqu'à quel âge peut-on nourrir son enfant exclusivement au lait maternel sans risque pour sa croissance ? Une étude comparant un allaitement exclusif de 6 mois versus un allaitement exclusif de 4 mois avec diversification débutante n'a pas montré de différence significative de poids, ni de taille, ni de périmètre crânien, ni d'indice de masse corporelle, ni sur la croissance jusqu'à 38 mois. L'ajout d'une petite quantité d'aliment complémentaire dès 4 mois a un faible effet positif sur le taux de ferritine sérique sans différence significative sur le taux d'hémoglobine (27).

Bien que la recommandation PNNS prévoit une diversification possible à partir de 4 mois, l'alimentation du nourrisson avec le lait maternel seul assure une croissance normale jusqu'à l'âge de 6 mois. Le médecin généraliste peut alors rassurer les mères allaitantes qui souhaitent se donner le temps de la diversification entre 4 et 6 mois. Après 6 mois, Le fer, le zinc et le calcium doivent provenir d'aliments complémentaires (28).

d) Effet protecteur de l'allaitement maternel sur le sommeil

Une autre particularité de l'enfant allaité apparaît comme une difficulté chez les médecins interviewés. En effet, beaucoup imputent l'allaitement à un sommeil de l'enfant comportant plus de réveils nocturnes. Tout d'abord rappelons que le cycle du sommeil du nouveau-né est fondamentalement différent de celui de

l'adulte. L'enfant mettra plusieurs années à adopter un rythme similaire à celui de ses parents. Son sommeil des premiers mois se résume à une alternance de sommeil agité puis de sommeil calme.

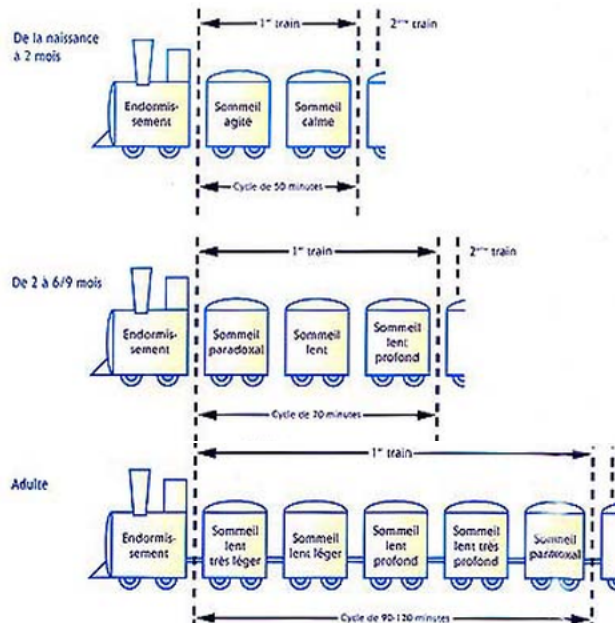


Figure 1 : Le sommeil du nourrisson PROSOM-ADDESSI (29)

Une méta-analyse de 2008 confirme que les bébés non allaités se réveillent moins et aussi qu'ils sont plus victimes de mort inattendue du nourrisson (MIN) (30). Les médecins interviewés ont souvent rapporté cette notion de sommeil plus « léger » chez l'enfant allaité mais aucun n'a rapporté le facteur protecteur de l'allaitement maternel. Le non-allaitement est associé à un risque de MIN multiplié par 2. L'allaitement est d'autant plus protecteur qu'il est exclusif (31).

Il pourrait être intéressant de partager cette information auprès des médecins généralistes afin de les convaincre de l'effet protecteur de l'allaitement. Le manque de sommeil pouvant entraîner une vulnérabilité des parents, le soutien des professionnels de santé apparaît comme indispensable.

e) Une relation mère-enfant plus sereine

Les médecins généralistes interrogés s'accordent sur une volonté de lien mère-enfant fort dans la démarche d'allaitement maternel. Une étude montre que l'allaitement peut bénéficier à la relation mère-enfant car la mère qui allaite rapporte un niveau de stress plus faible, moins d'humeur négative, et un niveau plus élevé d'attachement maternel (32). Une étude australienne de 2009 a montré

un risque plus élevé de maltraitance d'origine maternelle en l'absence d'allaitement maternel (33).

f) Des doutes injustifiés sur l'allaitement dans la durée

La majorité des médecins interrogés estiment avoir un rôle dans le soutien de l'allaitement maternel. La plupart connaissent les recommandations de l'OMS et du PNNS. Toutefois, une majorité estiment qu'après un an voire six mois il devient incorrect d'allaiter.

La durée optimale de l'allaitement est encore débattue. Il n'y a pas de définitions claires de l'allaitement sur la durée, cela dépend du contexte culturel du pays. Rappelons que les recommandations de l'OMS invitent à un allaitement exclusif jusqu'à 6 mois puis de façon non exclusive au moins jusqu'à 2 ans. De plus nous avons vu plus haut que de nombreux bénéfices santé à la mère et à l'enfant suivent un effet dose-dépendant ; plus la mère allaite longtemps plus l'effet protecteur est important.

Alors on peut s'interroger sur le pourquoi de cette limite arbitraire. Les médecins interrogés nous ont fourni quelques pistes de réflexion : ils ont exprimé la crainte d'un maintien de l'enfant dans un état de dépendance, d'éventuelles difficultés à la séparation avec la mère au moment de la scolarisation. En somme une pratique qui limiterait son autonomie et sa socialisation.

En relation avec les observations du monde des primates, des chercheurs ont établi un lien entre la date théorique du sevrage et différents facteurs (durée de gestation, poids de naissance X4, 1/3 du poids de l'adulte, l'âge d'apparition des molaires définitives, la maturité sexuelle). Selon ces calculs l'âge naturel théoriques du sevrage chez l'homme se situe pour l'homme entre 2 ans ½ et 7 ans (34).

En 2011, une étude a démontré l'influence positive d'un allaitement maternel d'au moins 4 mois sur le développement de la motricité, de l'adaptabilité, la communication et la socialisation chez 2280 enfants à l'âge de 1, 2 et 3 ans (35).

Selon A. Deprez, Docteur en psychologie, l'allaitement peut avoir une fonction 'attachement' associée et complémentaire de sa fonction nourricière. Deprez met l'accent sur la dépendance totale du nouveau-né à sa mère sur le plan nourricier et sur le plan émotionnel. La question de la durée de l'allaitement ne peut alors se construire uniquement sur des besoins nutritionnels, mais en prenant en considération le développement de l'enfant : plus l'enfant se développe, plus il a

de compétences, plus il sait discriminer le familial du non familial, et plus il investit la relation avec sa figure d'attachement moins il a besoin de proximité et de disponibilité. La durée de l'allaitement n'apparaît pas comme un facteur pertinent pour évaluer la qualité de la relation mère-enfant et son impact sur le développement de celui-ci (36).

Les professionnels de santé, en connaissance de cette théorie de l'attachement, pourraient alors s'interroger sur ce qu'apporte l'allaitement à cette relation mère-enfant et faire davantage confiance aux mères dans leurs choix de maternages.

2. Médecin généraliste et mère allaitante

a) Un discours devant s'adapter individuellement aux familles

En France les femmes qui poursuivent l'allaitement sont celles qui ont un bon niveau de scolarité, un bon niveau socio-économique, un bon niveau d'information sur l'allaitement, un soutien du 2ème parent (37).

Les médecins généralistes interviewés ont l'image de femmes bien informées des bienfaits protecteurs de l'allaitement maternel sur leur enfant, bienfaits qui semblent, selon eux, être le facteur positif déterminant dans le choix d'allaiter.

Toutefois cette image de femme bien documenté pourrait être biaisée : en effet le médecin généraliste appartenant à la même catégorie socio-professionnelle que les femmes allaitantes, sa représentation de la femme allaitante pourrait se limiter aux femmes de catégorie socio-professionnelles favorisées. Le poids de l'information du médecin généraliste pourrait être d'autant plus important chez les femmes des catégories socioprofessionnelles moins favorisées.

D'après S. Gojard, sociologue, les discours de promotion de l'allaitement maternel correspondent le plus souvent à un modèle savant d'allaitement. Ils sont voués à l'échec auprès de femme qui ne peuvent adhérer à un discours aussi normatif (38).

b) Les bienfaits de l'allaitement maternel sur la santé de la mère

Nous l'avons vu plus haut, de nombreuses études montrent les bienfaits sur la santé de l'enfant. Mais aucun médecin n'a évoqué les bienfaits sur la santé de la mère, ils sont pourtant très nombreux.

Une étude évoque les femmes multipares comme population à risque d'obésité. Cette étude montre que les femmes allaitantes ne sont pas plus obèses que les nullipares (sauf à partir du 4ème enfant), et que l'allaitement de plus de 9 mois diminue l'IMC de 0,80 kg/m² (39). L'allaitement a un effet protecteur vis-à-vis de la graisse abdominale (40).

L'allaitement a un effet dose dépendante préventif du diabète de type 2 : plus l'allaitement est prolongé plus le risque de développer un diabète de type 2 se réduit (41).

L'allaitement est associé à un risque réduit de survenue d'infarctus du myocarde, là encore selon une relation dose dépendante (42).

Allaiter un plus grand nombre d'enfants et une durée plus longue d'allaitement sont associés avec un risque d'hypertension artérielle plus bas chez les femmes post-ménopausiques (43). L'allaitement maternel réduit le risque d'hypertension artérielle selon un effet dose (44).

Concernant les effets de l'allaitement maternel sur les cancers, une méta-analyse de 2002 conclut à une diminution du risque de cancer du sein de 4,3 par année d'allaitement et de 7% par naissance (45). L'allaitement a un effet protecteur contre le cancer de l'ovaire, toujours selon une relation dose dépendante (46).

Il existe une association significative entre la durée de l'allaitement maternel et le risque d'endométriose. Chaque période de trois mois d'allaitement maternel fait baisser le risque de 8%, et de 14% si l'allaitement est exclusif (47).

c) Médecin généraliste: un acteur dans les facteurs limitant l'allaitement maternel

A la question des facteurs influençant positivement ou négativement le choix d'un allaitement maternel, il semble que les médecins généralistes ont été bien plus inspirés par les déterminants négatifs.

Tous les médecins généralistes ont l'image d'une mère allaitante fatiguée voire épuisée. Si cette notion de fatigue est à confronter à des situations individuelles, une étude a rapporté que les mères allaitantes ont un temps de sommeil par nuit équivalent aux mères non allaitantes. Le temps de descente en sommeil profond est plus rapide et la durée de sommeil profond trois fois plus importante qu'un adulte. Toutefois la mère allaitante a une courbe de vigilance

aplatie le jour, à rapporter aux taux de prolactine jusqu'à 100 fois plus important que chez la mère non allaitante à 3 semaines (48).

Ainsi cette fatigue si souvent décriée est peut-être due à des contraintes sociales non adaptées à la physiologie de la mère allaitante. Certains médecins ont évoqué une charge mentale écrasante comme facteur limitant l'allaitement maternel. Nicole Brais, Docteur en philosophie, l'explique comme « *ce travail de gestion, d'organisation et de planification, qui est à la fois intangible, incontournable et constant, et qui a pour objectifs la satisfaction des besoins de chacun et la bonne marche de la résidence* » (49). Inégalité qui n'a que très peu diminué au cours des dernières années : en 2010, les femmes prenaient en charge 64% des tâches domestiques et 71% des tâches parentales au sein des foyers. En 1985, ces taux s'élevaient respectivement à 69% et 80% (50). Avant d'évoquer l'épuisement de la mère comme inhérent à l'allaitement il serait intéressant de faire prendre conscience aux mères que c'est la multitude de tâches subordonnées à son statut qui en est responsable, et non l'allaitement à lui seul.

Les médecins pensent que les douleurs sont un frein à la mise en place ou à la poursuite d'un allaitement. Si des douleurs sont ressenties par une majorité de mères lors de la mise en place de l'allaitement, leur persistance après la première semaine doit alerter (51). Plus de la moitié des douleurs des mamelons est gérable par une amélioration de la position d'allaitement. Le rôle des professionnels de santé semble là encore primordial (52). Dans les autres cas l'observation d'une tétée par un professionnel de santé permettra de déterminer la cause des douleurs enfin de pouvoir la traiter.

De nombreux médecins ont insisté sur le problème récurrent du manque de lait. Il est essentiel de distinguer la perception d'un manque de lait d'une réelle insuffisance de lait (fondée sur l'analyse des courbes staturo-pondérales). L'insuffisance de lait « primaire », due à une incapacité physiopathologique est rare, l'insuffisance de lait à le plus souvent pour origine une mauvaise conduite de l'allaitement corrigible par du soutien et des conseils (53). Là encore le rôle du médecin généraliste est essentiel : il lui incombe de rassurer la mère sur ses capacités, de pouvoir détecter une mauvaise conduite de l'allaitement pour ensuite pouvoir donner des conseils appropriés.

d) La place de la famille au cabinet du médecin

De nombreuses études montrent l'influence du père et des grands-mères sur la confiance de la mère à allaiter. La transmission des méthodes de puéricultures se fait essentiellement sur un modèle familial, de mère à fille. L'allaitement au sein est plus fréquemment choisi et réussi si les jeunes mamans ont vu dans leur

enfance une femme allaiter, et ce qu'elles s'en souviennent ou pas (54). L'expérience passée de la grand-mère est fondamentale. Les familles allaitantes constituent une référence, un soutien dans l'estime de ses propres compétences et de sa capacité à allaiter. Toutefois toutes les mères ne disposent pas de référence positive en matière d'allaitement. Des expériences passées négatives ou la non expérience peuvent favoriser la transmission de croyances et d'idées reçues non fondées, berceau d'illusion et de découragement des jeunes mères (37).

Les pères ont un rôle primordial : leur position concernant l'allaitement est déterminante dans l'initiation et le bon déroulement de l'allaitement (55). Tout d'abord les médecins ont rapporté une crainte des pères concernant le regard de l'entourage sur l'acte d'allaiter . Une étude montre que certaines classes sociales ont une perception de l'allaitement maternel semblable à une activité sexuelle (56). Les hommes peuvent éprouver un sentiment de gêne ou de crainte que d'autres hommes puissent avoir des idées déplacées lors d'un allaitement en public. Le sein médiatiquement exposé comme organe sexuel devient tabou, le dévoiler pour nourrir son enfant est confondu avec un acte sexuel. L'étude conclut sur une éducation prénatale indispensable afin de prendre conscience des racines de cette représentation.

Les pères sont influencés par des croyances et des craintes. C'est ce que nous rapporte les médecins interrogés ; la crainte de la perte de la fonction sexuelle du sein et la crainte d'une relation fusionnelle mère-enfant est ici exprimée.

Selon Irène Capponi, Maître de Conférences et psychologue, l'idée selon laquelle maternité et vie de couple serait incompatible place les femmes face à un choix entre « la bonne mère » et la « bonne épouse », et influence le choix et/ou la durée de l'AM (57).

Jusqu'au XVIIe siècle, l'acte sexuel pendant l'allaitement était interdit, l'argument donné était que l'acte pouvait déranger les humeurs de la femmes et donc donner un lait de mauvaise qualité voir d'empoisonner le nourrisson (58). Les maris s'opposaient alors à ce que leurs femmes allaitent et engageaient des nourrices afin que leur épouse puisse à nouveau se plier au devoir conjugal. L'allaitement dépendait de la bonne volonté du mari. Dans *L'Histoire des mères du Moyen-Âge à nos jours*, Knibiehler et Fouquet nous informent que « *s'il (le mari) se trouve dans le péril d'incontinence, la femme doit, si elle le peut, mettre son enfant en nourrice afin de pourvoir à l'infirmité de son mari* » (59).

Ces croyances d'incompatibilité entre allaitement et sexualité survivent encore, de façon plus ou moins consciente et conditionnent femmes et hommes dans leur représentation de l'allaitement. Encore aujourd'hui l'attitude du conjoint

demeure influente quant aux pratiques (intention, initiation, durée) de nutrition du nourrisson (60).

Le lien entre la mère allaitante et son enfant, cette capacité à pouvoir subvenir aux besoins nutritifs et émotionnels de l'enfant peut apparaître comme une menace dans l'équilibre de l'investissement conjugal et parental : les pères craignent d'être exclu de la relation à leur enfant et aussi à leur conjointe. C'est ce que nous rapporte les médecins interrogés. Ainsi, certains pères revendiquent ce "Droit" à nourrir l'enfant. Ces femmes se trouvent devant un nouveau dilemme: choisir entre son bébé et son mari, dont l'issue peut être un ralliement à l'avis du conjoint (57). D'après Walburg 25% des interrogées françaises justifient leur choix du biberon pour promouvoir la relation père-enfant (61). Capponi nous indique que c'est dans ce type de contexte que l'allaitement peut devenir « *un instrument de domination masculine* » (57).

Si l'allaitement est souvent perçu comme un choix personnel de la mère, c'est aussi un choix familial s'inscrivant dans une culture sociétale. Dans son rapport, le Professeur en Pédiatrie Dominique Turck propose une éducation des pères et de la famille afin de limiter les croyances pouvant altérer la confiance de la mère dans ses capacités à allaiter (62).

Des initiatives individuelles prennent forme comme le label auto-décerné « Hôpital ami des papas » de la Maternité des Hôpitaux de Saint-Maurice qui vise à valoriser un projet de service favorisant la présence du conjoint en créant un environnement favorable au couple et à l'épanouissement de la famille (63). La visibilité d'une place privilégiée pourrait donner aux pères une légitimité et une certaine confiance dans le recueil d'informations et de connaissances nécessaires à l'accueil de leur enfant. Le médecin généraliste en invitant les pères à participer aux consultations pré et post-partum pourra apporter des informations basées sur des études afin de rompre la chaîne de transmissions d'idées reçues et de croyances.

Les médecins généralistes interrogés ont constaté une influence grandissante des réseaux sociaux s'intéressant à l'allaitement. Une étude s'intéressant à la diffusion d'information scientifique sur l'allaitement maternel sur Twitter montre que, bien que des influenceurs possédant des diplômes universitaires sont très actifs dans le partage de données scientifiques au public, ils n'ont pas une large portée. Comme le souligne l'étude, les réseaux sociaux induisent un risque de diffusion inexacte des connaissances. La désinformation sur les réseaux sociaux diffusant plus loin, plus vite et plus profondément que les informations scientifiques (64).

3. Médecin généraliste et influence sociétale sur l'allaitement maternel

a) Une dichotomie : entre vision savante et opinion publique

La mère étant soumise aux injonctions de la société, le mode d'alimentation de son enfant ne peut être choisi par sa seule volonté. La représentation sociale de l'allaitement maternel permet d'analyser la place de la femme, de son corps et de la maternité dans une population.

Les médecins généralistes l'ont bien compris. La première image de l'allaitement dans la société est vue comme un acte positif, naturel. L'acte en lui-même est bien accepté, la mère allaitante étant perçue comme « une bonne mère ». Cette dimension morale interroge le concept de libre choix d'allaiter ou non. Certaines mères peuvent ressentir une culpabilité dans le fait de ne pas allaiter leur enfant.

Les médecins généralistes interrogés sont vigilants vis-à-vis de la question de la culpabilité des mères non allaitantes, la plupart mettent en avant une volonté de soutien de la mère sans distinction du choix d'allaiter ou non son enfant.

Si les médecins s'accordent sur la vision positive de l'allaitement dans la société, la plupart estiment que l'allaitement en public est très minoritaire. Certains l'expliquent en affirmant que l'allaitement en public doit être le plus discret possible. Ils précisent que la mère doit cacher sa poitrine au risque d'alimenter un sentiment de gêne. Seuls 36% des femmes qui ont déjà allaité sont tout à fait à l'aise de le faire en dehors de chez elle (65). Comme le témoigne cette jeune mère « *Je sentais un regard un peu malveillant, ça m'a agacé, j'aurais pu m'énerver* » (66).

Les seins sont associés à des valeurs esthétiques et érotiques, mettant les femmes dans un système évaluatif indépendant de leur volonté. Si les seins sont visibles partout dans notre société, ils sont systématiquement associés à ce symbole de sexualité et de séduction : publicité pour de la lingerie, du parfum, des boissons alcoolisées. Mais jamais n'apparaît de publicité promouvant l'allaitement.

Les seins ont alors une unique fonction sexuelle, d'où cette confusion avec un acte sexuel qui entraîne une pudeur outrée face aux femmes allaitants publiquement. Pourtant il est admis d'afficher le corps nu des femmes dans le cadre de publicité, images souvent dégradantes et sexistes.

Dans notre société régulièrement l'allaitement en public est soumis à de violentes réactions. Nous pouvons citer le cas de Sophie qui s'est vu violemment refuser d'allaiter son bébé dans un commissariat parisien : " *Il nous explique sur un ton très hostile qu'ils ne nous laisseront pas allaiter et qu'ils n'ont aucune pièce*

prévue à cet effet." Face au refus, Sophie insiste et plaide qu'elle n'a besoin que d'une chaise. "Il est hors de question que vous allaitiez en public ! Vous n'allez pas imposer ça aux gens", lui répond la police » (67).

L'exposition du corps de la femme à des fins publicitaires est admise dans notre société mais la démonstration d'une autre fonction que sexuelle du corps de la femme est rejetée.

Une minorité de médecins interrogés ont partagé leur expérience d'allaitement en public sans particularité. Bien qu'il existe une évolution des mentalités envers l'allaitement en public, il reste encore des efforts à fournir. En analysant les représentations sociales de l'allaitement, représentations partagées ici par une majorité de médecins, on comprend que le choix et la pratique de l'allaitement sont influencés par cette ingérence sociétale plus ou moins consciente.

Ajoutons que le mouvement féministes des années 60 a eu un fort impact sur le choix d'alimentation du nouveau-né. Évoluant après le baby-boom, ce mouvement prône la liberté de la femme et l'égalité des sexes. Il rejette l'image d'une mère au foyer, dépendante de son époux, dont leur rôle social aurait pour unique but la natalité et la tenue d'un foyer (58). Les militantes du Mouvement pour la Libération des Femmes (MLF) revendique la libre disposition du corps de la femme, l'égalité des sexes et le droit à l'avortement et à la contraception. L'allaitement apparaissait alors comme un frein à l'émancipation de la femme.

Pour Capponi (57), il semble exister deux visions de l'allaitement. Les représentations des femmes allaitantes semblent tendre vers un discours féministe identitaire défendant l'allaitement comme spécificité féminine. Pour les femmes faisant le choix d'un allaitement artificiel, les représentations coïncident avec les discours des féministes égalitaristes : égalité au travail, crainte d'une atteinte du corps, ou de la réduction à la seule fonction maternelle. Capponi met en avant un système de référence identitaires où s'immisce la confusion entre égalité et équité : pour elle les différences entre êtres humains ne sont pas des inégalités, l'équité entre les sexes en matière de droits dans la société n'implique pas une indifférenciation des sexes. La manière dont la femme se perçoit au plan identitaire est une variable influente dans le choix ou le refus d'un allaitement.

Dans notre société capitaliste, le poids de l'industrie des laits artificiels pèse sur la liberté de choisir le mode d'alimentation de son enfant. Bien que réglementé depuis 1981 par le Code de l'OMS, la commercialisation des substituts du lait maternel sait encore s'immiscer dans les croyances et idées reçues (68). En témoigne cette publicité télévisée où l'on voit une femme allaiter son

enfant. L'enfant ne dort pas et les parents ont l'air épuisés. Pour finir la mère donne un biberon à son enfant, la nuit suivante le bébé dort et semble repu.

Le biberon étant devenu la norme, il est compréhensible que beaucoup de mères choisissent ce mode d'alimentation réputé plus facile et moins contraignant, et permettant d'éviter les regards d'autrui.

La représentation sociale du geste d'allaiter suscite nombreuses polémiques et débats passionnés. Les représentations des uns et des autres se construisent selon une histoire familiale, un climat sociétal et culturel. Nous avons vu que même les professionnels de santé voient s'affronter inconsciemment leur représentation d'un côté scientifique et savant et de l'autre culturel, selon les expériences personnelles de chacun.

b) L'intérêt d'un lien avec la médecine du travail

Concernant la reprise du travail la majorité des médecins interrogés s'accordent sur un congé maternité trop court pouvant être un frein à la poursuite de l'allaitement maternel.

	Congé prénatal	Congé postnatal	Total
Cas général 1 ^{ère} ou 2 ^{ème} naissance 3 ^{ème} naissance	6 semaines 8 semaines	10 semaines 18 semaines	16 semaines 26 semaines
Naissance de jumeaux	12 semaines	22 semaines	34 semaines
Naissance simultanée de plus de 2 enfants	24 semaines	22 semaines	46 semaines

Tableau 4 : Durée légale du congé maternité en France (69)

Les études nous montrent que l'allaitement chute vers l'âge de 2 mois et demi, date de la reprise du travail chez la plupart des mères (8). En 2009 une étude réalisée par l'INPES montre que 85 % des femmes interrogées estiment que la durée du congé maternité est importante dans la décision d'allaiter son enfant et 60 % qu'elle est très importante (65). Le travail ne serait pas uniquement un frein à un allaitement dans la durée mais à l'initiation même de l'allaitement.

Le retour au travail est un facteur majeur associé à l'arrêt de l'allaitement et une difficulté forte pour le maintien de l'allaitement exclusif (70). Les taux

d'allaitement et la durée sont supérieurs pour des femmes qui ont un long congé maternité, un emploi à temps partiel plutôt qu'un temps plein et un programme de soutien à l'allaitement sur leur lieu de travail (71). La durée du congé maternité est positivement associée avec la durée de l'allaitement des femmes employées et chaque semaine de congé supplémentaire augmente d'une demi-semaine la durée de l'allaitement maternel (72).

En France, les parents d'enfant de moins de 3 ans ont la possibilité de prendre un congé parental d'éducation afin d'arrêter de travailler pour s'occuper de l'enfant. Ce congé a une durée initiale maximale d'un an, renouvelable plusieurs fois en fonction du nombre d'enfants à charge. Afin de limiter la perte de salaire le couple voit s'accorder une allocation Prestation Partagée d'éducation de l'enfant PreParE dont le montant mensuel pour un salarié dans le privé est estimé selon le tableau ci-dessous.

Situation professionnelle du parent	Montants de la PreParE simple
Activité totalement interrompue	398,40 euros
Temps partiel (50 % maximum)	257,55 euros
Temps partiel (compris entre 50 % et 80 %)	148,56 euros

Tableau 5 : Montants de la PreParE selon la quotité du travail (73)

Cette solution pourrait permettre de prolonger le congé maternité par un congé parental et ainsi de limiter le risque d'arrêt de l'allaitement maternel mais au prix d'une perte financière conséquente.

En France des dispositions existantes légales existent pour permettre aux femmes de concilier allaitement et travail. Pendant une année à compter du jour de la naissance, la salariée allaitant son enfant dispose à cet effet d'une heure par jour durant les heures de travail. Elle peut allaiter son enfant dans l'établissement. Tout employeur employant plus de cent salariées peut être mis en demeure d'installer dans son établissement ou à proximité des locaux dédiés à l'allaitement (74). Le local mis à disposition des mères doit suivre des règles d'hygiène très précises sous le contrôle du médecin du travail selon le décret du 07 mars 2008 (75).

Plusieurs médecins généralistes ont l'image d'entreprises peu volontaires et s'offusquent du caractère non rémunéré de cette heure accordée à l'allaitement. Le Comité Européen des Droits Sociaux a alerté sur la non conformité des dispositions françaises avec la Charte sociale européenne concernant la rémunération des pauses d'allaitement. Selon une juriste, la non-rémunération de l'heure d'allaitement peut être considérée comme une discrimination au vu du sexe et de la situation de famille (femme et mère) (76).

Selon l'article L1132-1 du code du travail - Modifié par loi n° 2019-1461 du 27

décembre 2019 - art. 86 : « *Aucun salarié ne peut (...) faire l'objet d'une mesure discriminatoire, telle que définie à l'article 1er de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre **les discriminations, notamment en matière de rémunération** (...) en raison de son origine, de son sexe (...) de sa situation de famille ou de sa grossesse* ».

La décision de poursuivre un allaitement n'est pas sans conséquence : perte de revenu, risque de ne pas trouver de travail, impact sur la carrière professionnelle. Inégalités qui semblent inhérentes au statut de femme dans notre société. La faible volonté politique des gouvernements semble pérenniser le statut de la femme à une absence de droit civique. Le combat des MLF est encore d'actualité.

Pourtant une volonté de soutien des mères allaitantes au sein des entreprises pourrait améliorer son image de marque, le retour au travail pourrait se faire de manière plus sereine, et l'absentéisme pour enfant malade pourrait être plus limité (62). Le professeur Turck dénonce une méconnaissance fréquente des avantages de l'allaitement par les employeurs publics ou privés, justifiant une campagne d'information afin d'attirer leur attention sur ce problème, et de mettre en œuvre les mesures adéquates pour l'application des mesures prévues par la législation.

Le soutien des professionnels de santé à la reprise du travail semble indispensable. Un soutien bien en amont puisque nous avons vu que le travail pouvait être un frein à l'initiation même de l'allaitement. Le médecin généraliste, qui connaît les conditions de travail de ses patientes, pourra anticiper ses craintes en informant les femmes de leur droit. Un lien avec le médecin du travail pourrait être primordial, permettant de vérifier si la législation est bien respectée au sein de l'entreprise et de préparer sereinement le retour professionnel des mères allaitantes.

4. Médecin généraliste et allaitement maternel: en pratique

a) L'indispensable formation

La majorité des médecins interrogés font état d'un manque de formation. Deux items abordent la question de l'allaitement au cours du deuxième cycle des études médicales (77). L'item 32: *Allaitement maternel : expliquer les modalités et argumenter les spécificités de l'allaitement maternel. Préciser les complications éventuelles et leur prévention* ainsi que l'item 45: *Alimentation et besoins*

nutritionnels du nourrisson et de l'enfant : expliquer les besoins nutritionnels du nourrisson et de l'enfant.

Bien que cette formation comporte quelques notions de physiologie et de bénéfices à l'allaitement, l'essentiel concerne le pathologique. Il n'y a que peu de place pour l'aspect « pratique » de l'allaitement : l'évaluation d'un enfant au sein, les signes d'une tétée efficaces. Éléments pourtant essentiels qui, s'ils sont analysés précocement seront le gage d'une mise en route de l'allaitement réussi et d'un enfant se développant de façon satisfaisante.

Les médecins ont évoqué le caractère hétérogène d'une formation pratique à l'allaitement. Cette formation pourrait être encouragée durant les stages d'internat de pédiatrie et de gynécologie. Pouvoir participer à des consultations d'allaitement permettrait d'avoir une base solide dans la bonne pratique de l'allaitement. Par la suite une mise à jour des connaissances pourra être proposée par la Formation Médicale Continue (FMC).

Concernant la formation initiale des médecins généralistes, le rapport du Professeur Turck prévoit : *“l'enseignement pourrait être organisé sous la forme d'un séminaire d'une demi-journée. Un renforcement de cet enseignement, sur un mode pratique, sera proposé au cours du Diplôme d'études spéciales de médecine générale.”* Concernant la FMC, le professeur Turck propose : *“Le thème de l'allaitement devrait être inscrit dans les objectifs prioritaires de la FMC. Les professionnels de santé devraient être encouragés, y compris financièrement, à acquérir une formation diplômante, comme le DIULHAM ou l'IBCLC.”*

H. Serre concluait à un impact positif de la FMC sur l'attitude pratique des médecins généralistes (78). L'allaitement devrait faire partie des programmes de formation continue destinés aux médecins, en encourageant la collaboration avec des professionnels reconnus pour leurs compétences dans ce domaine.

b) Une pratique pluridisciplinaire essentielle

Les médecins interrogés s'accordent sur l'importance du réseau des professionnels de santé et sur la nécessité d'avoir des personnes ressources.

La méta-analyse de Sikorski montre qu'un soutien professionnel supplémentaire est bénéfique pour toutes les catégories d'allaitement sur la durée de l'allaitement (79). La pluridisciplinarité apparaît comme un facteur positif afin de multiplier les interventions professionnelles de soutien.

Beaucoup de médecins interrogés ont évoqué le manque de temps comme facteur limitant leur pratique de suivi de l'allaitement. Avec un temps de consultation d'en moyenne 16 minutes il apparaît difficile d'examiner mère, enfant et tétée en une seule consultation (80). Un travail en collaboration avec d'autres professionnels de santé pourrait multiplier les actions de soutien et limiter ce facteur.

c) Discussion de l'allaitement durant la grossesse: l'entretien prénatal précoce (EPP)

Afin d'améliorer la promotion de l'allaitement maternel, le rapport du professeur Turck propose de généraliser l'entretien prénatal du 4ème mois. « *Cet espace de parole permet d'aborder avec la femme et le couple l'alimentation de leur futur enfant. Les informations apportées doivent être claires, complètes, exactes, s'appuyant sur les recommandations nationales, pour que les couples puissent faire un choix éclairé. Les professionnels doivent être incités à y consacrer une partie de cet entretien.* »

Une enquête périnatale de 2010 montre que seul 21,4% des femmes enceintes ont bénéficié de l'entretien prénatal précoce, en majorité réalisé par une sage-femme. Le médecin généraliste n'apparaît pas comme potentiel acteur de l'EPP dans cette enquête (81).

C. Peloso remarque dans sa thèse que plus d'un médecin généraliste sur deux ne connaît pas l'entretien prénatal précoce, et que parmi les médecins connaissant l'EPP seul 56,2% le propose à leur patiente (82). Ce taux pourrait être amélioré par une formation spécifique pour les médecins le désirant ou bien une information de l'intérêt de l'EPP chez les médecins qui pourront ensuite adresser leur patientes à un professionnel formé.

d) S'émanciper de ses propres représentations pour rester neutre

Nous avons vu que les médecins généralistes s'accordent sur un rôle d'information et de soutien de la jeune mère, par une information juste, par un positionnement vis-à-vis des croyances de l'entourage ou des informations apportées par les réseaux sociaux.

Une chose est frappante dans cette étude, tous expriment leur vigilance concernant leur discours afin de ne pas culpabiliser les mères non allaitantes. Leur expérience semble influencer grandement leur discours ; les médecins ayant une expérience d'allaitement semblent plus encourageants à l'allaitement maternels, ceux n'ayant pas d'expérience semblent plus distants vis-à-vis de cette

question en évoquant le souhait de ne pas être moralisateur . Alors comment se positionner sans culpabiliser la mère et en faisant abstraction de sa propre histoire ?

Ingrid Baillot sage-femme nous propose une piste de réflexion (83). Selon elle, il faut d'abord se connaître soi-même, s'interroger sur ce que représente la périnatalité et l'allaitement. Elle dénonce les effets contre-productifs d'un discours moralisateur sur les bienfaits de l'allaitement ou pire les risques du non allaitement. Une future mère ne pouvant pas intégrer des notions comme « risque de maladie, risque de MIN... ». L'essentiel est de savoir accompagner la patiente, ses proches, afin d'éclaircir son raisonnement et de démêler ses convictions de ce que la société a pu lui imposer. L'assurance d'un choix éclairé limite les sentiments de dévalorisation, de culpabilité, quel que soit le choix de la mère.

Mais avant d'établir le travail d'accompagnement de la mère, il faut que le médecin soit lui-même convaincu des bienfaits de l'allaitement. Il doit se baser sur des faits scientifiques au risque d'imputer tous problèmes à l'allaitement maternel. Pour cela une formation est nécessaire. Une indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique également.

V. Conclusion

L'étude confirme que l'allaitement est difficilement un choix libre et éclairé. Ce choix est influencé par de nombreux facteurs et croyances souvent erronées dans une société où le corps de la femme n'est que peu considéré.

Le médecin généraliste a une volonté de soutien et de promotion de l'allaitement maternel. Son discours est toutefois influencé par sa propre expérience et ses propres représentations.

Par une formation appropriée le médecin généraliste pourra être convaincu des bienfaits de l'allaitement et de la capacité des femmes à allaiter. Il saura accompagner une mère, son enfant mais également ses proches, conjoint et mère, dans une approche basée sur la science.

Une information pendant le suivi de grossesse sera incontournable, le médecin pourra partager un temps dédié à cette information durant l'entretien prénatal précoce.

Pour créer les conditions d'un vrai choix, le médecin aura besoin de souplesse et de tact afin de ne pas tomber dans un discours moralisateur pour pouvoir obtenir l'adhésion de sa patiente mais aussi pouvoir conforter d'autres patientes avec le choix de ne pas allaiter.

Son travail pourra s'effectuer en réseau afin de donner un maximum de chance à la patiente d'aller au bout de son projet. De même, un lien avec le médecin du travail pourra se faire de manière précoce pour limiter la perte de choix d'un allaitement dans la durée.

Le contact avec l'industrie pharmaceutique de lait artificiel pourra être prudent après avoir pris connaissance du code de l'OMS.

Mais il faudra en premier lieu faire un travail sur soi pour comprendre quelles sont ses propres représentations. Celles-ci ne concernent pas uniquement l'allaitement maternel mais portent de façon plus large sur l'enfance, le statut de la femme, la sexualité, afin d'identifier et de déconstruire ses propres croyances.

Bibliographie :

1. Organisation mondiale de la santé. Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Première partie: Définitions. Washington D.C, États-Unis d'Amérique. Novembre 2007. Disponible à http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242596663_fre.pdf . (consulté le 13/01/2021).
2. UNICEF. From The First Hour of Life, Making the case for improved infant and young child feeding everywhere. Rapport 2016. Disponible à <https://www.unicef.fr/contenu/espace-medias/des-la-premiere-heure-de-vie-nouveau-rapport-sur-la-nutrition-des-jeunes-enfants> . (consulté le 19/08/2020).
3. Breastfeeding: achieving the new normal. Lancet. 2016 Jan 30;387(10017):404. Disponible à [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00210-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00210-5/fulltext). (consulté le 19/08/2020)
4. Barry Y, Demiguel V, Doncarli A, Gomes E, Regnault N, Boudet-Berquier J, Congy J, Salanave B. Repères épidémiologiques : santé périnatale et allaitement. Mai 2018. Disponible sur https://amis-des-bebes.fr/pdf_news/2018/4-20180514_IHAB_perinat_allaitement.pdf .
5. Ministère des Solidarités et de la Santé. Plan National Nutrition Santé 2019-2023. Disponible à https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf . (Consulté le 13/01/2021).
6. Organisation mondiale de la Santé, UNICEF. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève. 2003. Disponible à <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/fr/> . (Consulté le 19/08/2020).
7. Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. Allaitement maternel : Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. disponible à <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/allaitement.pdf> . (Consulté le 20/08/2020).
8. Vilain A. Deux nouveau-nés sur trois sont allaités à la naissance. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. 2016; 0958.
9. Salanave B, De Launay C, Boudet Berquier J, Guerrisi C, Castetbon K. Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie. Résultats de l'étude Epifane 2012-2013. 2016.
10. INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale rapport 2016; Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. Octobre 2017
11. La santé de la mère et de l'enfant dans le Finistère, 2014, Conseil Général Finistère. Disponible à [La santé de la mère et de l'enfant dans le Finistère - Conseil ...www.finistere.fr](http://www.finistere.fr) > [content](#) > [download](#) > [file](#) . (Consulté le 13/01/2021).
12. Attitudes et pratique du médecin généraliste dans le suivi de grossesse, DREES, octobre 2016, numéro 0977 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er977.pdf>
13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) : a 32-item checklist for interviews and focus group. Int J Qual Health Care. 1 dec 2007 ; 19(6) :349-57.
14. Melliez et al. Mortalité, morbidité et coût des infections à rotavirus en France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2005; 35: 175-6 .
15. Duijts L, Jaddoe VW, Hofman A, Moll HA. Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. Pediatrics. 2010 Jul;126(1):18-25.
16. Bowatte and al. Breastfeeding and childhood acute otitis media : a systematic review and meta-analysis. Acta paediatrica 2015;104:85-95.

17. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017 Oct 28;390(10106):e38.
18. Kramer and al. Effect of prolonged and exclusive breastfeeding on risk of allergy and asthma: cluster randomised trial. *BMJ* 2007 Oct 20; 335(7624):815.
19. Von Kries and al. Breastfeeding and obesity: cross sectional study. *BMJ* 1999 Jul 17;319(7203):147-50.
20. Gillman MW and al. Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. *JAMA* 2001 May; 285(19): 2461-7.
21. Horta and al. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015 ; 104 Suppl 467 : 30-7.
22. Horta and Al. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015 Dec;104(467):14-9.
23. Bernard et al. Breast-feeding duration and cognitive development at 2 and 3 years of age in the EDEN Mother-Child Cohort. *J Pediatr* 2013; 163:36-42.
24. Dewey and al. Growth of breast-fed infants deviates from current reference data: a pooled analysis of US, Canadian, and European data sets. World Health Organization Working Group on Infant Growth Pediatrics 1995 Sep; 96(3 Pt 1): 495-503.
25. De Onis M, and al. The WHO Multicentre Growth Reference Study: planning, study design, and methodology. *Food Nutr Bull*. 2004 Mar;25(1 Suppl):S15-26.
26. Mennella JA, Jagnow CP, Beauchamp GK. Prenatal and postnatal flavor learning by human infants. *Pediatrics* 2001 Jun; 107(6): E88.
27. Olof and al. Timing of the Introduction of Complementary Foods in Infancy: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics* 2012 Dec; 130 (6): 1038-1045.
28. Dewey KG. Nutrition, growth, and complementary feeding of the breastfed infant. *Pediatr Clin North Am*. 2001 Feb;48(1):87-104.
29. Le sommeil du nourrisson. Un petit train pour mieux comprendre le sommeil. Disponible à <http://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/challamel/prosom/train2.php> . (Consulté le 13/01/2021).
30. Vennemann MM, and al. Does Breastfeeding Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome? *Pediatrics* 2009; 123; 406-410.
31. Fern R Hauck , John M D Thompson, Kawai O Tanabe, Rachel Y Moon, Mechtild M Vennemann. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics* 2011 Jul;128(1):103-10.
32. Mezzacappa E. S, Katkin E. S. Breast-feeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychology* 2002; 21(2): 187–193.
33. Strathearn and al. Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15-years cohort Study. *Pediatrics* 2009; 123: 483-93.
34. Dettwyler K. A Natural Age Of Weaning. Department of Anthropology. Texas A and M University. 1997. Disponible à https://www.health-e-learning.com/articles/A_Natural_Age_of_Weaning.pdf . (Consulté le 11/11/2019).
35. Oddy WH et al. Breastfeeding and early child development: a prospective cohort study. *Acta Paediatrica* 2011; 100(7) : 992-9.
36. Deprez A. Attachement, allaitement, sevrage : y aurait-il une fonction attachement à l'allaitement ? . *Spirale* 2014/4; 72: 79-91.

37. Kersuzan C, and al . Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2014; 27, 440-9.
38. Gojard S. L'allaitement, une norme sociale. Spirale 2003/3; 27: 133-137.
39. Brobow K, and Al. The long term effects of chilbearing and breast feeding on body mass index in middle aged women results from the million women study. Journal of Epidemiol Community Health 2009;63(suppl II)A22.
40. McClure CK, and al. Maternal visceral adiposity by consistency of lactation. Mater Child Health J 2012; 16:316-321.
41. Susanne Jäger and al. Breast-feeding and maternal risk of type 2 diabetes: a prospective study and meta-analysis. Diabetologia 2014; 57(7): 1355–1365.
42. Stuebe AM and al. Duration of lactation and incidence of myocardial infarction in middle to late adulthood. Am J Obstet Gynecol. 2009 Feb;200(2):138.e1-8.
43. Park S, Choi NK. Breastfeeding and Maternal Hypertension. Am J Hypertens. 2018 Apr 13;31(5):615-621.
44. Stuebe AM, Rich-Edwards JW. The reset hypothesis: lactation and maternal metabolism. Am J Perinatol. 2009 Jan;26(1):81-8.
45. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. Lancet. 2002 Jul 20;360(9328):187-95.
46. Sung and al. The Effect of Breastfeeding Duration and Parity on the Risk of Epithelial Ovarian Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. J Prev Med Public Health. 2016 Nov;49(6):349-366.
47. Farland and al. History of breast feeding and risk of incident endometriosis: prospective cohort study. BMJ. 2017 ; 358: j3778.
48. Blyton DM, Sullivan CE, Edwards N. Lactation is associated with an increase in slow-wave sleep in women. J Sleep Res. 2002 ;11(4): 297-303.
49. Brais N. La dimension géographique de l'articulation vie professionnelle/vie familiale : stratégies spatiales familiales dans la région de Québec. Thèse Philosophiae Doctor. Faculté des Lettres. Québec. 2000.
50. Champagne C, Pailhé A, Solaz A. Le temps domestique et parental des hommes et des femmes : quels facteurs d'évolutions en 25 ans? Économie et Statistique 2015; N° 478: 479-480.
51. Spangler A, Hildebrandt E. The effect of modified lanolin on nipple pain/damage during the first ten days of breastfeeding. International Journal of Childbirth Education 1993; 8(3):15-9.
52. Kent and al. Nipple Pain in Breastfeeding Mothers: Incidence, Causes and Treatments International. Journal of Environmental Research and Public Health 2015; 12.
53. Gremmo-Féger G. Allaitement maternel : l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit. Spirale 2003/3; n° 27: 45-59.
54. Switzky and al. Attitudinal and demographic predictors of breast-feeding and bottle-feeding behavior by mothers of six-week-old infants. 1979 Psychological Reports 1979; 45(1): 3-14.
55. Otmani et al. Rôle de l'entourage maternel dans l'initiation de l'allaitement , Santé Publique 2015; vol. 27, no. 6 : 785-795.
56. Henderson and al. Men and infant feeding: perceptions of embarrassment, sexuality, and social conduct in white low-income British men. Birth. 2011 ;38(1):61-70.
57. Capponi I, Roland F. Allaitement maternel : liberté individuelle sous influences. Devenir 2013; Vol. 25: 117-136.

58. Rollet C. Histoire de l'allaitement en France : pratiques et représentations. Laboratoire Printemps CNRS. Mai 2006.
59. Knibiehler Y, Fouquet C. L'Histoire des mères du Moyen-Âge à nos jours. Paris. Montalba. 1980. p. 93.
60. Pisacane A, Continisio G, Aldinucci M, D'Amora S, Continisio P. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics* 2005 ;116: 4.
61. Walburg and Al. Étude comparative de mères françaises et allemandes primipares en matière d'allaitement maternel : motivation, choix et prise de décision. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 2007; Volume 20, 195-199.
62. Turck D, Razanamahefa L, Dazelle C, Gelbert N, Gremmo-Féger G, Manela A, et al. Plan d'action : allaitement maternel. *Médecine Nutr.* 2010;46(3-4):25-47.
63. Label Maternité Amie des Papas. Hôpitaux de Saint Maurice. Disponible à <http://www.hopitaux-saint-maurice.fr/maternite-amie-papas/2/246> . (Consulté le 11/01/2020).
64. Moukarzel S, Rehm M, Del Fresno M, Daly AJ. Diffusing science through social networks: The case of breastfeeding communication on Twitter. *PLoS ONE* 2020; 15(8).
65. Delamaire C. L'allaitement maternel : Vécu et opinions des mères en 2009. *La Santé de l'homme*, 2010; n° 409, 50-51.
66. Arnaud M. Les corps des femmes et leur vécu: quel impact sur l'initiation et la poursuite de l'allaitement maternel ? . Mémoire d'étudiant. Ecole de Sages-femme. Brest. 2017.
67. Faites respecter le droit à l'allaitement dans les lieux de la République. Disponible à https://www.change.org/p/faites-respecter-le-droit-à-l-allaitement-dans-les-lieux-de-la-république?recruiter=23993511&utm_source=share_petition&utm_medium=copylink . (Consulté le 10/01/2021).
68. Organisation mondiale de la Santé, Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel. 1981.
69. Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion. Le congé de maternité. Disponible à <https://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/les-absences-pour-maladie-et-conges-pour-evenements-familiaux/article/le-conge-de-maternite> . (Consulté de 10/01/2021).
70. Bonet and al. Breastfeeding duration, social and occupational characteristics of mothers in the French 'EDEN mother-child' cohort. *Matern Child Health J.* 2013 May;17(4):714-22.
71. Staehelin K, Berteau P.C, Stutz E.Z. Length of maternity leave and health of mother and child. *Int J Public Health* 2007; 52: 202–209.
72. Roe B, and al. Is there competition between breast-feeding and maternal employment? *Demography* 1999; 36: 157–171.
73. Service Public.fr . Prestation Partagée d'éducation de l'enfant. Disponible à <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32485> . (Consulté le 10/01/2021).
74. Code du Travail - Articles L1225-30 à L1225-33 / Légifrance. Disponible à <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006900911/2008-05-01/> . (Consulté le 10/01/2021).
75. Code du Travail - Articles R4152-13 à R4152-28 / Légifrance. Disponible à <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000018532773/2008-05-01> . (Consulté le 10/01/2021).
76. LLL France. Travail et allaitement ce que dit la loi. Allaiter aujourd'hui 2002 mise à jour 2020; n° 53.
77. Régime des études en vue du premier et deuxième cycle. Le tronc commun. Unité d'enseignement 2. Bulletin officiel n°20. 16 mai 2013. Disponible à https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=71544&cbo=1 . (Consulté le 06/01/2021).

78. Serre H. Allaitement maternel et médecine générale: évaluation des connaissances globales d'un groupe de généralistes de la région rouennaise et impact d'une FMC. Thèse de médecine. Faculté de médecine. Rouen. 2011.
79. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers (Cochrane Review). The Cochrane Library 2002; Issue 1.
80. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. DREES. Etudes et résultats 2006; n° 481: 1-7.
81. Blondel B, Kermarrec M. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants. INSERM. Enquête réalisée avec la participation des services de Protection maternelle et infantile des Conseils généraux. 2011.
82. Peloso C. L'Entretien Périnatal Précoce en Médecine Générale : Point de vue des Médecins Généralistes. Thèse de médecine. Faculté de Médecine. Paris. 2015.
83. Bayot I. Droit d'être informé(e), Mais pas n'importe comment ! Institut Co-Naître ®. 2016. Disponible à <http://www.co-naitre.net/wp-content/uploads/2016/01/droitetreinformeIB.pdf> . (Consulté le 13/01/2021).

Annexe n°1 : Discours d'annonce de recrutement téléphonique des médecins généralistes

« Bonjour, Je suis Elodie Carric, interne en médecine générale. Je réalise actuellement un travail de thèse en médecine générale sur la représentation de l'allaitement maternel chez les médecins généralistes. Le but de mon travail est d'évaluer l'influence des représentations du médecin généraliste sur la prise en charge d'une mère et de son enfant. Je voudrais savoir si vous seriez intéressé pour m'accorder un entretien individuel sur le sujet. Je me déplace à votre cabinet pour réaliser cet entretien en face à face. »

Annexe n°2 : Guide d'entretien

Préambule :

Bonjour,

- Présentation personnelle en entrant dans le cabinet
 - Je vous remercie de me recevoir aujourd'hui et de me consacrer votre temps.
 - L'entretien d'aujourd'hui fait partie de mon travail de thèse de Doctorat en Médecine générale et a pour but d'évaluer la représentation de l'allaitement maternel chez les médecins généralistes du Finistère Sud.
 - Cet entretien a pour objectif de recueillir un maximum d'idées possibles sur le sujet.
 - Bien entendu, tout ce qui sera dit au cours de cet entretien restera anonyme et confidentiel.
- Je vous propose d'enregistrer l'entretien afin de le faciliter ainsi que sa retranscription.
- Avez-vous des questions ?

1) Expérience personnelle :

- Êtes-vous régulièrement confrontés à des questions d'allaitement maternel au sein de votre cabinet ?
- Comment définiriez-vous votre rôle dans l'accompagnement d'un couple mère-enfant ?

2) Représentation des déterminants :

- Selon vous pourquoi certaines femmes font le choix d'un allaitement maternel ?
- Pourquoi d'autres femmes font-elles le choix de ne pas allaiter ?

3) Représentation de l'entourage familial :

- Quel est le rôle du partenaire dans l'accompagnement d'une mère allaitante ?
- D'après vous quelle image de la femme allaitante a le deuxième parent ?

4) Représentation de l'enfant allaité :

- Quelles sont, selon vous, les particularités de l'enfant allaité concernant :
 - a) Son sommeil ?
 - b) Sa diversification ?
 - c) Son éducation ?
 - d) Sa sociabilité ?

5) Représentation du sevrage :

- Avez-vous suivi des mères pendant leur sevrage ?
- Si oui, quelles situations de sevrage avez-vous rencontrées ?

6) Représentation de l'impact de la société :

- Selon vous, quel regard pose la société actuelle sur l'allaitement maternel ?
- Que pouvons-nous améliorer dans la promotion de l'allaitement maternel en France ?

«Je vous remercie pour cet entretien. Souhaitez-vous recevoir les résultats de cette thèse ? Au revoir. »

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

CARRIC (Elodie) – Représentations de l’allaitement maternel chez les médecins généralistes.
Etude qualitative par entretiens semi-dirigés.
Th. : Méd. : Brest 2021

RESUME :

En France en 2016, 52,2 % des nouveau-nés étaient allaités exclusivement à la naissance, avec un taux qui baissait rapidement et précocement. L’objectif de l’étude était de réaliser un état des lieux des représentations de l’allaitement maternel chez les médecins généralistes et de leur place dans la promotion de l’allaitement maternel. Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés a inclus 11 médecins généralistes du Finistère Sud par échantillonnage raisonné d’août à novembre 2020. Les entretiens retranscrits au mot à mot, ont été analysés par double codage, ouvert, en axial. La population était exhaustive sur plusieurs critères tel que le genre, l’expérience familiale d’allaitement, la pratique gynécologique et pédiatrique, et la méthode de formation continue. L’étude a montré une ambivalence des représentations entre volonté de répondre aux recommandations OMS et PNNS et adhésion à une norme sociétale basée sur leur expérience personnelle. Les médecins ont exprimé des difficultés concernant des situations de conciliation allaitement - travail et d’allaitement dans la durée. Ils ont affirmé leur volonté principale de soutien à la mère et de neutralité quel que soit le mode d’alimentation de son enfant. Cette ambivalence a permis de réfléchir aux différentes pistes pouvant améliorer le suivi du nourrisson et de sa mère par le médecin généraliste. Un travail de réflexion sur l’origine de ses propres représentations sera déterminant pour accompagner les parents dans un choix libre et éclairé. La formation, la connaissance des bénéfices de l’entretien prénatal, la pratique pluridisciplinaire dont un lien avec la médecine du travail sont des axes de travail à mener pour l’avenir.

MOTS CLES :

ALLAITEMENT MATERNEL
REPRESENTATION
MEDECINE GENERALE
ETUDE QUALITATIVE

JURY :

Président : Mr le Professeur LE FLOC’H Bernard

Membres : Mr le Professeur DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc

Mr le Professeur CHIRON Benoît

Mr le Docteur POSTEC Jean-Luc

DATE DE SOUTENANCE : 04 mars 2021

ADRESSE DE L’AUTEUR :