

UNIVERSITE DE LA REUNION

UFR SANTE

Année : 2021

N° : (en attente)

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**L'accompagnement proposé par le médecin généraliste en
matière d'allaitement maternel à l'île de la Réunion**

Présentée et soutenue publiquement le *08 juillet à 18h30*
à La Réunion

Par Marion HOARAU – MINATCHY HOARAU

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Malik Boukerrou

Assesseurs :

Madame le Docteur Asma Omarjee

Monsieur le Docteur Sébastien Leruste

Monsieur le Docteur Philippe Gomard

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Guillaume Plaisantin

*« Il faut toujours viser la lune, car même en cas d'échec, on atterrit dans les
étoiles »
Oscar Wild*

Table des matières

I - Introduction.....	8
II - Généralités sur l'allaitement maternel	10
1 - Définitions de l'allaitement maternel	10
2 - Les bénéfices de l'allaitement maternel sur la santé de l'enfant	10
3 - Les bénéfices de l'allaitement maternel sur la santé de la mère	12
4 - Recommandations en matière d'allaitement maternel	13
5 - Données épidémiologiques	14
6 - Les bénéfices de l'allaitement maternel pour la société	18
III - Matériel et méthodes.....	21
1 - Population étudiée et recrutement	21
2 - Recueil de données.....	22
3 - Critères éthiques CPP CNIL.....	23
4 - Méthode d'entretien	23
5 - Analyse des focus group	24
6 - Recherche bibliographique	25
IV - Résultats	26
1 - Population étudiée	27
2 - Description de l'accompagnement mené par les médecins généralistes en pratique	28
A - La perception du rôle de médecin généraliste dans l'accompagnement à l'allaitement maternel	28
B - Les freins d'un accompagnement optimal pour le médecin généraliste	35
C - La place du généraliste dans le réseau pluridisciplinaire	40
3 - Éléments expliquant pourquoi cet accompagnement se définit comme tel.....	44
A - L'indispensable vécu personnel et l'autoformation.....	44
B - Les représentations du médecin généraliste sur le thème de l'allaitement maternel	51
C - Les caractéristiques sociales de l'allaitement maternel perçues par le médecin généraliste.....	57
4 - Modélisation des résultats principaux	65
5 - Les particularités locales de l'AM (pour l'objectif secondaire)	66
A - Résultats issus des focus group.....	66
B - Entretien avec Pr Laurence Pourchez.....	70
V - Discussion.....	75
1 - Forces de l'étude	75
2 - Limites de l'étude	76
3 - Résultats principaux	77
A - L'accompagnement mis en place en pratique par les médecins généralistes réunionnais.	78
B - Raisons pour lesquelles cet accompagnement est établi de la sorte.	83
4 - Objectif secondaire : Identifier l'existence de particularités locales conduisant à des taux d'allaitement plus élevés.	90
5 - Ouvertures	91
VI – Conclusion	92
VII - Références bibliographiques	95
VIII - Annexes.....	101

ANNEXE 1 : Questionnaire remis aux médecins	101
ANNEXE 2 : Guide d'entretien pour les focus group	102
ANNEXE 3 : Le concept d'accompagnement.....	104
ANNEXE 4 : Facteurs d'influence de l'allaitement maternel.....	105
ANNEXE 5 : Le LACT score	106
ANNEXE 6 : Les 12 recommandations de l' IHAB	107
ANNEXE 7 : Le Serment d'Hippocrate	108

Abréviations utilisées

AM :	Allaitement maternel
ANAES :	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
CNA :	Comité national de l'allaitement
CRAT :	Centre de référence sur les agents tératogènes
DES :	Diplôme d'études spécialisées
DIULHAM :	Diplôme inter-universitaire en lactation humaine et allaitement maternel
EBM :	Evidence-based medicine
ECN :	Examen classant national
Elfe :	Etude longitudinale française depuis l'enfance
Epifane :	Épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie
FMC :	Formations médicales continues
HAS :	Haute Autorité de santé
IBCLC :	International board certified lactation consultant (diplôme international de consultant en lactation)
IDE :	Infirmière diplômée d'état
IGAB :	Interagency group for action on breastfeeding
IHAB :	Initiative hôpitaux amis des bébés
INSERM :	Institut national de la santé et de la recherche médicale
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PMI :	Protection maternelle et infantile
PNNS :	Programme national nutrition santé
SF :	Sage-femme
UNICEF :	United nations of international children's emergency fund (fond des nations unies pour l'enfance)

I - Introduction

L'Interagency Group for Action on Breastfeeding (IGAB) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), définissent l'allaitement maternel comme l'alimentation du nouveau-né par le lait de sa mère (1). L'OMS a recommandé en mai 2001 un allaitement maternel exclusif (ne recevant donc aucun autre ingesta y compris l'eau) pendant les 6 premiers mois de la vie, et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans voire au-delà en fonction du souhait des mères (2).

A la lumière des bénéfices pour la santé de l'enfant allaité et de sa mère, à court, moyen et long terme (3), la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'OMS font de l'allaitement maternel (AM) un enjeu de santé publique, et l'un des objectifs spécifiques à l'enfant du Programme national nutrition santé (PNNS) (3)(1).

Actuellement près de 70 % des nourrissons français sont allaités à la naissance (60 % de manière exclusive), mais seuls 40 % le sont encore à 3 mois (et seulement 10 % de façon exclusive) (4)(5,6). Il existe des disparités géographiques, avec des taux d'allaitement beaucoup plus élevés en Ile-de-France, dans l'Est de la France et dans les départements d'Outre-Mer. Ils sont ainsi à 78 % d'allaitement à la naissance sur l'île de La Réunion (taux stable depuis quelques années). Il n'existe pas de recueil de données concernant les taux à 3 mois sur l'île (5).

Le médecin généraliste assure le suivi des familles. De ce fait, il est susceptible de voir une grande partie des femmes qui allaitent. Il est parfois le professionnel de premier et unique recours de la dyade mère enfant. A ce titre, il peut être amené à prendre en charge les difficultés de l'allaitement maternel. L'accompagnement par le médecin généraliste fait partie des facteurs présentant une association positive avec l'initiation et /ou la durée de l'allaitement maternel (7). Mais même si depuis plusieurs années la promotion de l'allaitement maternel est une volonté politique, son taux d'initiation et sa durée restent insuffisants au regard des recommandations (1), également à l'île de La Réunion, malgré ses taux plus élevés. Pourtant, les bénéfices de l'allaitement maternel sont proportionnels à sa durée (3)(4).

Afin de favoriser l'aventure lactée et l'inscrire dans la durée, il faut donc que les médecins généralistes aient les connaissances nécessaires concernant la physiologie et les complications de l'allaitement maternel (3). Étant déjà noyé dans un bon nombre de problématiques, il paraît primordial de savoir quel est leur intérêt pratique pour le sujet, d'identifier leurs représentations, afin dans un second temps de dégager les freins et les moteurs à la promotion et au soutien de l'allaitement maternel, en tenant compte des spécificités locales réunionnaises. En effet, le positionnement notamment affectif et intellectuel qu'a un professionnel vis à vis d'une problématique n'est pas sans impact sur sa performance dans ce domaine (8).

Acteurs premiers des politiques de santé, il ne servirait à rien qu'une dynamique de santé publique soit au centre des préoccupations (3) si les médecins généralistes présentent peu d'intérêt pour le sujet. La promotion d'un allaitement plus long nécessite de mieux connaître les facteurs sanitaires, sociaux, démographiques ou encore culturels liés à la durée d'allaitement.

L'objectif primaire de ce travail était d'explorer comment s'opère l'accompagnement à l'allaitement maternel dans la pratique des médecins généralistes, en particulier dans le contexte réunionnais. In fine, il s'agissait de connaître les facteurs déterminant leurs investissements, leurs représentations, leurs intérêts et leurs sensibilités pour le sujet. Secondairement, nous avons cherché à identifier l'existence de particularités locales conduisant à des taux d'allaitement plus élevés.

II - Généralités sur l'allaitement maternel

L'allaitement maternel réunit un vaste champ de domaines. Ces derniers s'étendent de la physiologie à la pathologie, en passant par des regards anthropologiques et sociologiques. Nous avons choisi dans ce travail de se focaliser uniquement sur les bénéfices de l'AM pour la santé des individus au sens large, à savoir l'enfant, la mère et la société.

Par ailleurs, nous avons également dressé un état des lieux épidémiologique en France.

1 - Définitions de l'allaitement maternel

S'appuyant sur les travaux de l'OMS et de l'IGAB, l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) propose en mai 2002 les définitions suivantes :

- Le terme allaitement maternel est réservé à l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère ;
- L'allaitement est exclusif lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre ingéstat, solide ou liquide y compris l'eau ;
- L'allaitement est partiel lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non ou toute autre nourriture. En cas d'allaitement partiel, celui-ci est majoritaire si la quantité de lait maternel consommé procure plus de 80 % des besoins de l'enfant, moyen si elle assure 20 à 80 % de ses besoins, faible si elle en assure moins de 20 % ;
- La réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé est considérée comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein.

2 - Les bénéfices de l'allaitement maternel sur la santé de l'enfant

Dans la littérature, de multiples effets bénéfiques ont été décrits mais les études présentent des défauts méthodologiques et sont fondées essentiellement sur des études d'observation (1). Le lait de femme contient des hormones, des facteurs de croissance, des cytokines, des cellules immunocompétentes, etc..., et possède de nombreuses propriétés biologiques. Sa composition varie en fonction de l'âge de l'enfant, de son terme, et du moment de la tétée (1). Il a été également montré que l'effet protecteur de l'allaitement maternel est dépendant de sa durée et de son exclusivité (3)(9)(10).

Si sa durée est supérieure à 3 mois, l'allaitement maternel diminue l'incidence et la gravité des infections digestives, ORL et respiratoires (y compris l'otite moyenne). Il y a des données disponibles issues d'une étude de bonne qualité méthodologique (11), avec un suivi prospectif d'une cohorte d'enfants. Les résultats indiquaient que l'allaitement exclusif pendant 6 mois réduisait de manière significative le risque d'un ou plusieurs épisodes d'infections gastro-intestinales (RR : 0,67 ; IC à 95 % : 0,46 à 0,97). Il en résulte une diminution de la mortalité infantile (12).

S'il est prolongé au moins 4 mois, l'allaitement maternel exclusif permet une réduction du risque allergique (asthme, eczéma) pendant les 2 à 3 premières années de la vie chez les nourrissons à risque (père, mère, frère ou sœur allergique) (13)(14).

L'allaitement maternel aussi est associé à un bénéfice sur le plan cognitif, modeste, mais dont il serait dommage de ne pas faire bénéficier l'enfant. Il y a une différence significative du développement cognitif, observée dès les 2 premières années, persistant dans l'enfance et l'adolescence. Cette différence augmente avec la durée de l'allaitement maternel, avec un effet-dose (15).

Les conclusions d'une série d'articles publiés en 2016 dans la revue *The Lancet* sous le titre « *Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale* » montrent combien il est important de s'engager plus résolument partout dans le monde en faveur de la santé du jeune enfant. On sait aujourd'hui que les 270 jours de grossesse et les 2 premières années de vie (2 x 365) sont déterminants non seulement pour le développement de l'enfant mais aussi pour la santé globale de l'adulte qu'il deviendra. Ainsi, le concept lancé par l'Unicef des « 1000 premiers jours » permet d'envisager une approche globale de la santé de la mère et de l'enfant pour promouvoir des environnements favorables au développement harmonieux du fœtus et du nouveau-né. L'allaitement maternel représente un des principes de ce programme. Car sur la santé à long terme de l'enfant, l'allaitement maternel a fait la preuve de son bénéfice.

Il participe notamment à la prévention de l'obésité pendant l'enfance et l'adolescence (16). Parvenus à l'âge adulte, les enfants allaités ont une tension artérielle et une cholestérolémie inférieures à celles des enfants nourris au lait artificiel (17). Aucun effet bénéfique sur la morbidité et la mortalité cardio-vasculaire à l'âge adulte n'a cependant été mis en évidence (18).

3 - Les bénéfices de l'allaitement maternel sur la santé de la mère

Les bénéfices pour la mère montrent une protection envers le cancer du sein en période pré-ménopausique. Une méta analyse publiée en 2002 conclue à une diminution du risque de cancer de 4.3% par année d'allaitement et 7% par naissance (19). Par ailleurs, l'allaitement maternel est aussi bénéfique sur le risque de survenue d'un cancer de l'ovaire (20).

La période d'allaitement s'accompagnant chez la femme d'une indéniable perte osseuse (21), certains en ont conclu trop vite que l'allaitement augmentait le risque de souffrir d'ostéoporose à un âge avancé. Or, il n'en est rien : les études sur le sujet montrent que la femme retrouve une densité osseuse normale quelque temps après le sevrage et constituerait même un facteur protecteur (22) (23) et ce même en cas d'allaitement prolongé (24).

Concernant la perte de poids dans le post-partum immédiat, 3 études sur les 5 existantes à ce sujet ne montrent pas de relation entre la perte de poids immédiate et l'allaitement. Les 2 études restantes (faites aux USA and Bengladesh), contrôlées et analysées, montrent que les mères qui ont allaité exclusivement pendant 6 mois ont une perte de poids significativement plus élevée que celles qui ont allaité de manière partielle (différence de moyenne pondérée = - 0,42 ; - 0,82 à - 0,02 kg) (25) . Il est notamment démontré une relation dose dépendante entre la perte de poids et la durée de l'allaitement pour une durée d'allaitement supérieure à 6 mois.

L'allaitement est plus difficile chez les personnes obèses (montées de lait plus tardives, hypogalactie, initiation à l'AM inférieure et durée d'AM plus courte). Il semblerait néanmoins que l'AM peut aider à perdre du poids en cas de surpoids ou moyenne obésité (si elle est liée à un déséquilibre entre apports et dépenses énergétiques) même si de nombreux autres facteurs sont à prendre en compte (célibat, prise de poids pendant la grossesse, classe socio-économique, etc...) (26)(27)(28).

Pour le risque maternel de développer un diabète, notons une diminution du risque de diabète de type 2 proportionnelle à la durée de l'allaitement, surtout si exclusif (29).

En conclusion, au vu de ces données, il existe donc un consensus sur l'utilité de l'allaitement maternel exclusif pendant les premiers mois de la vie, appuyé par les recommandations. Les bénéfices de l'allaitement maternel sont admis à partir de données épidémiologiques hétérogènes, mais sont renforcés par des institutions et des experts internationaux.

4 - Recommandations en matière d'allaitement maternel

L'HAS et l'OMS conseillent, depuis mai 2001, sur la base d'une revue systématique de la littérature et l'avis d'un groupe d'experts, **un allaitement exclusif de 6 mois et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans voire au-delà en fonction du souhait des mères (1)**. Ils reconnaissent malgré tout que certaines mères ne pourront pas ou décideront de ne pas suivre cette recommandation (2).

De même, la Leche League internationale s'appuyant sur les recommandations de l'OMS (www.lalecheleague.org) recommande l'allaitement exclusif jusqu'au milieu de la première année ou bien jusqu'au moment où le bébé montre son intérêt pour les aliments solides. L'American Academy of Pediatrics et le ministère de la Santé du Québec encouragent également l'allaitement exclusif pendant une période d'environ 6 mois. En France, le Comité de nutrition de la Société Française de Pédiatrie recommande un allaitement maternel exclusif de 6 mois également. La HAS souligne par ailleurs les inconvénients potentiels, relevés dans la littérature, des préparations pour nourrissons.

Toutefois, les recommandations ne doivent pas être prises comme une injonction culpabilisante, tant les raisons physiologiques, professionnelles ou personnelles qui peuvent amener une femme à ne pas allaiter sont nombreuses. L'allaitement constitue un choix strictement personnel, dans des contextes culturels différents.

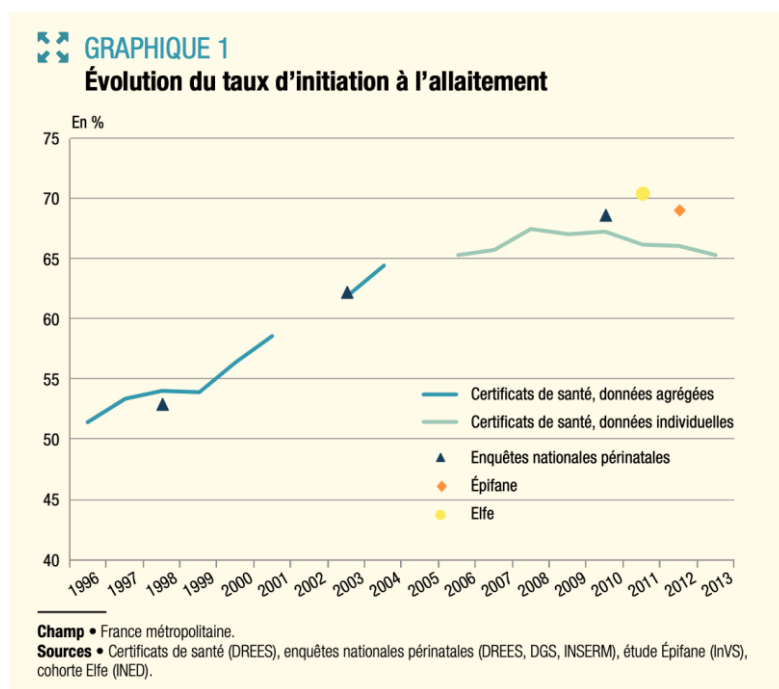
5 - Données épidémiologiques

En 2013, la part des nourrissons allaités à la naissance s'élève à 66 %. Elle n'est plus que de 40 % à 11 semaines, 30 % à 4 mois et 18 % à 6 mois. Si la pratique de l'allaitement a beaucoup progressé depuis les années 1990, elle est stable depuis une dizaine d'années et se situe à un niveau inférieur à celui de nombreux pays voisins. Les disparités locales sont fortes, avec des taux beaucoup plus élevés en Ile-de-France, dans l'Est de la France et dans les départements d'outre-mer (30).

Si les enjeux ne sont pas vitaux dans les pays industrialisés où les problèmes d'accès à l'eau potable et de risques de maladies infectieuses élevés ne se posent pas, l'allaitement maternel demeure largement bénéfique pour la santé de l'enfant. La promotion de l'allaitement maternel est l'un des objectifs spécifiques à l'enfant du PNNS.

○ Un taux d'initiation de l'allaitement stabilisé à deux enfants sur trois

Les trois certificats de santé obligatoires de l'enfant, réalisés au huitième jour, au neuvième mois et au vingt-quatrième mois, permettent de faire le point sur le mode d'alimentation de l'enfant et d'obtenir des données annuelles au niveau départemental. 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 %. (cf. Graphique 1)



(30)

Depuis, la part des enfants allaités reste stable pour s'élever à 65 % en Métropole et à 85 % dans les départements et régions d'Outre-Mer hors Mayotte, selon les dernières données disponibles de 2013.

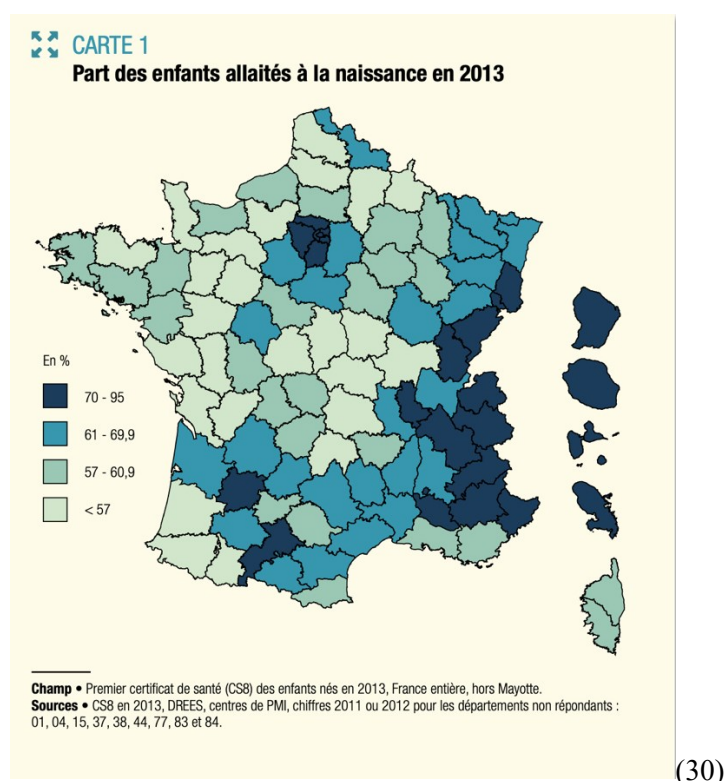
Ce niveau est très inférieur à ceux observés dans la majorité des pays voisins Européens, notamment dans les pays scandinaves où plus de 95 % des enfants sont allaités à la naissance.

Pourtant, au début des années 1970, les taux d'allaitement étaient très faibles en Suède comme en Norvège (30 % à 2 mois). Le cas des pays nordiques montre qu'une politique de protection sociale des familles peut favoriser l'allaitement, à condition que la « culture » de l'AM soit bien ancrée et que le système social le permette. En effet, le fort taux d'allaitement des femmes scandinaves s'accompagne de congés parentaux longs (aux alentours de un an), avec un allaitement maternel souvent perçu comme une obligation sociale. En Europe, l'Irlande fait en revanche exception, avec un taux d'initiation de l'allaitement inférieur à 50 % en 2009.

L'enquête nationale périnatale de 2010 permet d'expliquer les motifs des choix des mères en matière d'initiation à l'allaitement. Il est principalement motivé : par la santé, le bien-être et le bon développement du bébé (68 % des motifs sélectionnés), viennent ensuite l'allaitement comme un choix « normal » ou « évident », motif qui recoupe probablement des facteurs culturels et normatifs (15 %), « l'établissement de la relation mère enfant » (8 %) et des raisons pratiques (4 %). Moins de 2 % des femmes citent un choix imposé par des raisons médicales. L'étude Épipane de 2012 précise que l'AM en France relève principalement de l'allaitement exclusif, avec seulement 9 % des enfants nourris en association avec des formules lactées (12 % en - 2010 d'après l'enquête nationale périnatale). Les données issues de la cohorte ELFE précisent que l'allaitement prédominant (où l'enfant peut recevoir d'autres boissons comme de l'eau ou des jus de fruit mais pas de lait infantile ou animal) représente à la naissance 85 % du total de l'allaitement.

○ **De fortes disparités selon les départements**

La situation est toutefois très différente selon le département, avec plus d'enfants allaités en ile de France, dans l'est de la France et surtout dans les départements d'outre-mer (hors Mayotte) ou l'allaitement à la naissance concerne 85 % des enfants (cf. Carte 1).

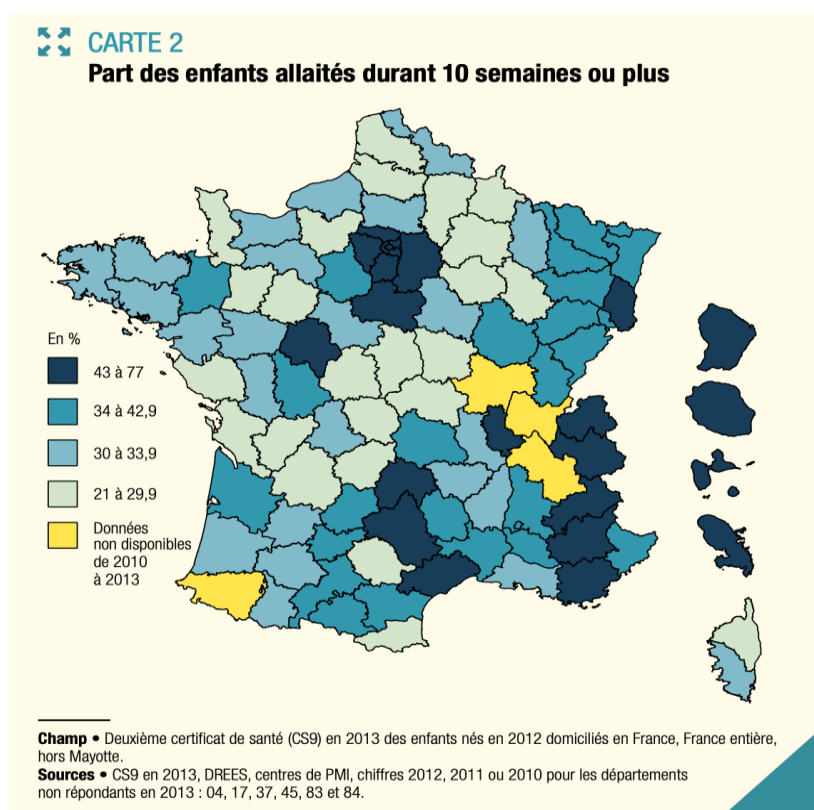


Certains départements du Nord (Aisne, Somme, Pas-de-Calais) et du centre de la France (Cantal, Allier) affichent des taux inférieurs à 50 % . En outre-mer, les taux d'allaitement varient de 78 % à La Réunion (taux stable depuis quelques années) à plus de 90 % en Martinique, Guyane et Guadeloupe.

○ **Moins d'un enfant sur cinq est allaité pendant 6 mois**

En s'appuyant sur les deuxième et troisième certificats (au 9^{ème} et 24^{ème} 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. Le sevrage en France apparaît très précoce et continu dans le temps. Ainsi, 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 (pour les femmes en emploi qui ne prolongent pas leurs congés par d'autres formes de congés). Au seuil des 6 mois recommandés par les professionnels et les experts, ils ne sont plus que 18,5 % à être allaités, soit moins du quart des enfants allaités à la naissance.

Parmi les enfants nourris au lait maternel, la durée moyenne d'allaitement est de 19 semaines, avec une médiane située entre 15 et 16 semaines. Alors que certains départements présentent une durée moyenne de l'ordre de 15 semaines (Aisne, Ardennes, Nièvre, Haute-Marne, Pas-de-Calais ou Somme) d'autres comme Paris, l'Aveyron ou la Martinique ont une moyenne supérieure à 23 semaines et jusqu'à 26 semaines en Guyane. La carte représentant les enfants allaités au moins 10 semaines (carte 2) présente les mêmes disparités départementales que celles observées pour l'allaitement dès la naissance (5).



6 - Les bénéfices de l'allaitement maternel pour la société

○ Dépenses liées à l'allaitement

Le lait de mère constitue une ressource naturelle propre à chaque femme. Ce mode d'alimentation ne nécessite l'achat d'aucun matériel spécifique en dehors de certaines complications (bouts de sein, kit pour l'usage du tire lait, le tire lait en lui-même étant remboursé, etc...).

A contrario, pour un allaitement artificiel, sur la base des prix relevés dans la grande distribution en août 2003, il faut déboursier :

- entre 227 et 265 euros pour 3 mois ;
- entre 438 et 517 euros pour 6 mois.

Cette évaluation correspond à la dépense minimale :

- elle se fonde en effet sur le prix des accessoires les moins chers ;
- elle fait l'hypothèse que les parents ne préparent que la quantité de lait strictement nécessaire à l'enfant.

En somme, l'allaitement artificiel représente 14 % des revenus d'une femme seule avec RSA (31). Dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest, il faudrait dépenser 2 milliards de dollars chaque année si l'on devait remplacer le lait de femme par du lait artificiel importé. Le montant de cette dépense a été calculé en se basant sur une consommation de lait maternel de plus d'un milliard de litres par an chez les enfants de 0 à 3 ans. Pour les parents, le coût serait alors de 412 dollars par enfant et par an, sachant que dans certains pays, près de deux tiers des familles vivent avec moins de 1 dollar par jour (32)(31).

○ Impact économique

En France, la dépense en consommation médicale (soins ambulatoires et hospitalisations) engendrée par le surcroît de morbidité liée à l'allaitement artificiel était de 170 millions d'euros en 1999 (31)(33). Actuellement, la France économiserait de 2,7 millions par an sur les dépenses liées aux pathologies des nourrissons si on augmentait les taux d'AM de 5 %.

Selon une analyse de l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) en 2005, si on allaitait comme en Norvège (40 % des enfants allaités à 9 mois) on éviterait 8000 cas de diarrhées à Rotavirus et 1000 hospitalisations/an.

Ailleurs dans le monde :

D'autres études, réalisées aux États-Unis, ont également permis d'estimer le surcoût engendré par l'allaitement artificiel en termes de dépenses de santé :

- Ball et Wright (1999) ont évalué la consommation médicale liée aux troubles respiratoires et digestifs et aux otites moyennes pendant la première année de vie, en fonction du mode d'alimentation au cours des trois premiers mois après la naissance. Ils ont observé un nombre plus important de consultations (2 033/1 000 enfants), de journées d'hospitalisation (212/1 000 enfants) et de prescriptions médicamenteuses (609/1 000 enfants) chez les nourrissons non allaités que chez ceux exclusivement nourris au sein. Le surcoût de cette consommation médicale a été évalué entre 331 et 475 dollars par enfant pour la première année de vie.

- Weiner (2001) a estimé, en se fondant sur le coût des entérocolites ulcéro-nécrosantes, des otites et des maladies gastro-intestinales, qu'il serait possible d'économiser 3,6 milliards de dollars si les taux d'allaitement atteignaient ceux fixés par le département de santé publique (75 % à la naissance au lieu de 64 % et 50 % à 6 mois au lieu de 29 %).

- Aux USA, on ferait une économie de 3,6 milliards/an si 75 % des enfants étaient allaités à la naissance et 50 % à 6 mois.

- Au Québec, la prévention de pathologies respiratoires, d'otites et de diarrhées par l'AM permettrait une économie de 5 millions de dollars/an si 60 % des enfants étaient allaités exclusivement pendant 3 mois. En Angleterre, après avoir évalué l'efficacité de leur programme de soutien à l'AM, les anglais ont récolté 300 livres d'économie par enfant la 1^{ère} année (34).

Allaitement, morbidité infantile et absentéisme professionnel des mères

L'absentéisme est moins important chez les mères qui travaillent en continuant d'allaiter que chez celles dont le bébé est nourri avec des produits industriels. Plus encore, le fait d'allaiter exclusivement au sein au moment de la reprise du travail diminue le taux d'absentéisme professionnel des mères.

La fréquence des exclusions de crèche est d'autant plus importante que l'alimentation de l'enfant est riche en lait artificiel. Or, plus un enfant est exclu de la crèche, plus l'absentéisme de sa mère au travail augmente (32)(35).

○ **Impact sur l'environnement**

Peu d'études existent sur le sujet, mais il paraît licite de supposer que l'AM pourrait avoir un impact écologique non négligeable. En effet, il pourrait réduire les consommations en eau et en électricité utilisées pour la fabrication des boîtes de lait, mais également pour la fabrication des accessoires nécessaires à l'allaitement artificiel et à leur entretien. Le plastique et le carton sont aussi indispensables à la fabrication des préparations pour nourrissons. On pourrait donc supposer une réduction de la consommation de ces ressources.

L'alimentation au biberon consomme de l'eau et de l'énergie. Pour préparer, chauffer et nettoyer les biberons d'un enfant de 3 mois, il faut chaque jour :

- 3 litres d'eau ;
- l'équivalent de 600 grammes de bois.

Or, dans les pays en voie de développement, l'eau et l'énergie sont souvent des denrées rares et coûteuses.

La production de lait artificiel suppose de profondes modifications de l'écosystème naturel. En Inde, si les femmes n'allaitaient pas, il faudrait 135 millions de vaches laitières pour produire le lait nécessaire à l'alimentation des enfants. Pour se nourrir, ces vaches devraient occuper près de la moitié de la surface du pays !

Au Mexique, il faudrait sacrifier 12,5 m² de forêt pour produire 1 kg de lait en poudre.

L'industrie de l'allaitement artificiel produit indéniablement des déchets. Ces déchets sont les boîtes de lait, les biberons et les tétines. On sait, par exemple, que pour nourrir tous les bébés américains, il faudrait produire chaque année 450 millions de boîtes de laits en poudre, ce qui représenterait en déchets 70 000 tonnes de métal (31).

III - Matériel et méthodes

Nous avons mené une étude qualitative par entretiens semi-dirigés collectifs (aussi appelés « focus group »).

1 - Population étudiée et recrutement

Les médecins généralistes qui exercent à l'île de la Réunion constituaient le matériel de cette étude. *Le critère d'inclusion* était d'être médecin installé ou remplaçant, thésé ou non. Le seul *critère d'exclusion* était d'être un interne effectuant des remplacements n'ayant pas terminé son 3ème cycle.

Pour les focus group, le recrutement s'est fait par convenance à l'occasion du **congrès de Pédiatrie de l'Océan Indien Edition 2020**. En raison de la crise sanitaire liée à la Covid-19, il paraissait impossible d'organiser un focus group par nos propres moyens. Nous avons donc profité d'une organisation et d'un plateau technique déjà disponibles pour mener la recherche à bien. La thématique de l'allaitement maternel entrait dans le cadre de ce congrès de pédiatrie.

2 - Recueil de données

Le recueil de données était limité par le temps permis par l'organisation du congrès et non par le volume ou la qualité des données recueillies. Le biais de sélection des médecins pendant le congrès sera discuté dans le travail.

Nous avons réalisé 2 séances de focus group, une sur chaque journée du congrès, entre 12h et 14h sous l'intitulé «Focus group Allaitement maternel : l'accompagnement par le médecin généraliste ». Les séances ont été filmées et enregistrées vocalement. Ces groupes ont été animés par le directeur de thèse.

Par ailleurs, grâce aux données de la littérature concernant notre problématique nous avons établi une fiche de renseignements. Elle était remplie par les médecins en fin de séance (cf. Annexe 1 : Questionnaires remis aux médecins). Il nous apparaissait alors pertinent de récolter sur cette fiche les informations suivantes :

- Le genre,
- L'âge,
- Le mode d'exercice (en groupe ou seul, en milieu rural ou urbain, remplaçant ou installé),
- L'expérience personnelle vis à vis de l'allaitement maternel, en précisant le nombre d'enfants que le médecin a eu et combien de temps il a allaité (ou accompagné une compagne allaitante),
- Si le médecin a été lui-même allaité,
- Leur formation initiale et continue à l'allaitement maternel,
- Leur profil de patientèle,
- S'ils sont maîtres de stage universitaire,
- S'ils ont un exercice orienté gynécologie/pédiatrie,
- Pour finir, ils devaient noter 3 mots qui selon eux caractérisent le mieux l'AM.

Ces fiches étaient anonymes, il n'y figurait que le numéro de chaise où le médecin était assis. Leurs mails étaient demandés également.

Pour l'objectif secondaire, une question sur les spécificités réunionnaises figurait à la fin de cette fiche de renseignements. Si les médecins répondaient par la positive, un mail leur était envoyé pour demander plus de précision. D'autre part, nous avons aussi eu un entretien avec la seule anthropologue/éthnologue qui a travaillé sur la question de l'AM à La Réunion, le Pr Laurence Pourchez.

3 - Critères éthiques CPP CNIL

Les données recueillies lors des entretiens collectifs ont été entièrement anonymisées. Les candidats étaient placés sur des chaises numérotées, une fois les vidéos analysées elles ont été effacées et chaque médecin s'est vu attribuer une lettre de façon aléatoire pour la restitution du verbatim. Le consentement des participants pour l'utilisation de leurs verbatims a été recueilli par écrit. Cette recherche ne nécessitait pas d'accord CNIL ou CPP.

4 - Méthode d'entretien

Un guide d'entretien (cf. Annexe 2 : Guide d'entretien pour les focus group) a été réalisé avant la phase de recrutement. Revu avec le directeur de thèse, il a ensuite été testé auprès des maîtres de stage (2 médecins hommes) afin d'avoir leur ressenti sur la pertinence des formulations, des relances et tester la compréhension. Ce guide a été élaboré selon ce qui me semblait graviter autour de la problématique « accompagnement à l'allaitement » (cf. Annexe 3 : Le concept d'accompagnement).

Ce guide d'entretien définissait plusieurs temps successifs du groupe de parole, menés par l'animateur :

- Une introduction, qui avait pour but de présenter la doctorante ainsi que d'établir le but de la recherche. Il a également été fait mention d'un rappel des règles de bonnes conduites afin de permettre à tous une prise de parole correcte, dans une convivialité et une dynamique de groupe respectueuse de chacun. Les médecins étaient informés que l'entretien serait filmé, et l'accord pour se faire était distribué à l'issue de cette présentation.
- Un deuxième temps d'entretien, où étaient abordées les différentes questions du guide d'entretien.
- Un troisième temps de conclusion, de remerciements et de restitution de la fiche de renseignements.

5 - Analyse des focus group

Les verbatims issus des données numériques ont été retranscrits mot à mot sur un fichier Word®. Les médecins y ont été signalés par la lettre attribuée de façon aléatoire. Nous avons essayé au mieux d'y mettre les expressions et réactions du groupe, mais sur la vidéo le port du masque obligatoire rendait difficile la retranscription des expressions de chacun.

Pour l'analyse à proprement parler, il a été fait une analyse inductive générale du premier focus group, et ce sans l'aide d'un logiciel. Pour cela, je me suis aidée de la structure du canevas d'entretien que j'avais établie, me guidant tel un fil d'Ariane, afin d'identifier les idées et les thèmes abordés par le groupe. Puis, dans un deuxième temps, une seconde lecture a été faite sur le même principe afin d'affiner les catégories et sous-catégories des grands thèmes ressortant de l'étude. Le même travail a été opéré pour l'analyse du 2^{ème} focus group, c'est-à-dire en se basant sur l'analyse récoltée du premier focus. Au final, aucune idée nouvelle n'a surgi lors du 2^{ème} focus group.

Les résultats ont été construits après une triangulation des données, faite de manière indépendante par 2 investigateurs, qui sont donc mon directeur de thèse Dr G.Plasantin et moi-même. Parallèlement, nous avons fait une analyse descriptive des médecins généralistes participants, en retranscrivant les éléments biographiques et socio-démographiques de notre échantillon dans un tableau descriptif de la population étudiée (voir Partie IV-Résultats 1-Population étudiée).

Nous avons tenté à l'issue de l'analyse de construire une modélisation des résultats.

Identifier l'existence de particularités locales, notre objectif secondaire, est un thème qui a été identifié dans l'analyse. Il fera l'objet d'un chapitre à part entière.

6 - Recherche bibliographique

Mots clés : Position, représentation, pratique, vécu, allaitement maternel, médecin généraliste, île de la Réunion.

Keywords: Position, representation, practice, experience, breastfeeding, general, practitioner, Reunion island.

Pour ma recherche, j'avais d'abord interrogé en mars 2020 les moteurs de recherche Google® et Google Scholar® avec les mots clés « allaitement maternel », « accompagnement », « médecins généralistes et allaitement maternel », « représentations, rôles des médecins généralistes », « vécu allaitement médecins ».

En avril 2020, j'avais questionné les bases de données bibliographiques automatisées : Medline et Pubmed. J'avais consulté le répertoire du SUDOC, le site de la HAS, ainsi que la Leache League.

Je me suis également intéressée à des ouvrages sur l'allaitement maternel notamment « *De la naissance au sevrage* » du Dr M. Thirion, ainsi que « *Grossesse, naissance et petite enfance en société créole* » du Pr L. Pourchez.

Pour finir, je passe actuellement le Diplôme inter Universitaire en Lactation Humaine et Allaitement Maternel (DIULHAM) dispensé par la faculté de Lille et coordonné par Pr Gisèle Gremmo-Feger et Pr Dominique Turck. Ce DIULHAM constitue une revue de littérature exhaustive au sujet de l'allaitement, et j'y ai repris beaucoup de références bibliographiques.

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

IV - Résultats

Afin de répondre à la question de recherche, qui est pour rappel « *Quel est l'accompagnement proposé par les médecins généralistes réunionnais en matière d'allaitement maternel ?* », nous avons choisi de présenter nos résultats principaux en deux parties. Ces parties se sont imposées d'elles même selon les thèmes qui ressortaient de notre analyse.

D'abord, nous nous attacherons à décrire l'accompagnement en pratique, puis dans un deuxième temps nous exposerons les éléments expliquant pourquoi cet accompagnement est-il établi de la sorte. Chaque thème identifié possède des sous-catégories et des éléments d'analyse suivis par les extraits d'entretiens les plus pertinents venant illustrer ces derniers. Nos résultats de l'objectif secondaire « *identifier des particularités locales à la conduite de l'allaitement maternel* » font l'objet d'une partie à part.

1 - Population étudiée

FOCUS Jour 1 : Description des participants

Médecin	Age / Genre	Type d'exercice	Antériorité de travail		Proportion activité Gyn/Péd	Nombre d'enfants	Durée moyenne d'allaitement	Nombre d'intervention dans le focus	Proportion d'enfant allaités dans patientèle
			Hospitalier	En Métropole					
G	33 / F	Semi rural	Non	Non	> 50 % activité	1	6 mois	11	Faible
F	47 / F	Semi rural	Non	Non	Minime	1	24 mois	10	Importante
M	59 / F	Semi rural	Oui	Oui	> 50 % activité	2	2 mois	6	Importante
A	59 / F	Urbain	Oui	Oui	> 50 % activité	1	3 mois	6	Faible
L	61 / F	Semi rural	Non	Oui	> 50 % activité	2	4 mois	15	Faible
N	36 / F	Urbain	Non	Oui	Minime	2	30 mois	6	Faible
H	37 / F	Semi rural	Oui	Non	> 50 % activité	2	3 mois	5	Importante

FOCUS Jour 2 : Description des participants

Médecin	Age / Genre	Type d'exercice	Antériorité de travail		Proportion activité Gyn/Péd	Nombre d'enfants	Durée moyenne d'allaitement	Nombre d'intervention dans le focus	Proportion d'enfant allaités dans patientèle
			Hospitalier	En Métropole					
O	27/M	Semi rural	Oui	Non	Minime	0	/	7	“Je sais pas“
C	37/F	Urbain	Non	Non	Minime	2	12 mois	14	“Je sais pas“
K	43/F	Semi rural	Non	Oui	> 50 % activité	2	6 mois	8	Importante
I	50/F	Éducation Nationale	Non	Non	Scolaire	3	4 mois	9	Scolaire
R	46/F	Éducation Nationale	Oui	Non	Scolaire	2	36 mois	9	Scolaire
B	62/F	Éducation Nationale	Non	Oui	Minime	3	12 mois	13	Scolaire
Q	45/F	Urbain	Oui	Oui	> 50 % activité	2	1 mois	10	“Je sais pas“
J	32/F	Urbain	Non	Oui	> 50 % activité	2	1 mois	8	“Je sais pas“
D	28/M	Semi rural	Non	Oui	Minime	0	/	4	“Je sais pas“
P	55/M	Urbain	Oui	Oui	> 50 % activité	4	10 mois	6	“Je sais pas“
E	30/F	Semi rural	Non	Oui	Minime	2	3 mois	6	Importante

TABLEAU RECAPITULATIF de la population étudiée : 18 participants

Ratio Homme/Femme	Moyenne d'âge
3/15	44 ans

2 - Description de l'accompagnement mené par les médecins généralistes en pratique

A - La perception du rôle de médecin généraliste dans l'accompagnement à l'allaitement maternel

De façon générale, les discours des médecins ont permis de mettre en évidence un rôle d'accompagnement par le médecin généraliste :

E : « j'accompagne les mamans dans leurs choix ».

B : « oui voilà dans l'idéal on les accompagne ».

K : « c'est ça essayer de trouver des moyens pour les accompagner ».

J : « du coup j'accompagne mes patientes après sur leur choix ».

Ce rôle revêtait plusieurs formes :

1) Rôle d'éclaireur et d'aide à l'élaboration du choix de l'alimentation dans une relative neutralité

Q : « Voilà je vais plutôt dans le sens de la maman ».

O : « ce que je voulais dire c'est plus exposer les bénéfiques, et pas dans le sens forcer l'allaitement, plus dans le sens être en accord avec les recommandations et donner des conseils plutôt » « revoir avec la patiente si elle a des questions et qu'elle réfléchisse à ses questions puis on en discute ».

F : « c'est intéressant de leur présenter toutes les possibilités ».

G : « je veux pas heu...perturber je sais pas comment on peut dire, la mère heu... dans ses décisions où, enfin voilà je veux pas que ce soit une injonction ».

C : « une fois que si elle allaite et un jour elle te dis je suis passée au biberon artificiel tu peux pas non plus, tu peux pas dire c'est mal ou c'est grave parce que c'est un truc perso [...] tu peux pas non plus être intransigeant et dire « là c'est n'importe quoi ce que vous avez fait, d'arrêter ou continuer » ».

« non car je respecte.... Quand elle veut allaiter ou qu'elle ne veuille pas, je ne peux pas lui dire que c'est mal je peux pas juger ».

E : « j'ai pas de position à proprement parler quand les femmes arrivent je vais pas leur mettre la pression en leur disant c'est bien faites-le faites-le, [...] je donne jamais mon avis perso [...] mais j'ai pas d'avis perso à leur donner ».

K : « chacun son choix ».

B : « sans influencer mais en soufflant ».

J : « mais j'essaie en tout cas de pas influencer. Le moins possible ».

I : « c'est important aussi, respecter le choix de la maman, le choix socio-pro de la maman ».

Aucun des médecins n'avait exprimé l'idée qu'il n'était pas de son rôle d'accompagner la femme dans son futur ou actuel allaitement (maternel ou artificiel).

2) *Rôle d'aiguilleur*

N : « éventuellement aussi réorienter les dames vers les professionnels adaptés en fait. Car elles n'ont pas forcément les connaissances d'où est ce qu'elles peuvent s'orienter donc heu nous on est l'intermédiaire. Si on a les compétences chez nous tant mieux, mais si on n'en a pas on peut relayer en fait ».

J : « j'essaie vraiment d'orienter quand j'ai pas de réponse ».

3) *Rôle de motivateur*

N : « si on discute sur cet aspect-là on a un rôle pour essayer de favoriser cette motivation ».

M : « j'aborde déjà ce sujet je pense qu'il faut déjà amorcer l'allaitement, voir un peu quelles sont leurs réticences, quelles sont leurs difficultés ».

C : « je sais pas si ça fait partie du rôle du médecin, en amont quand elle est enceinte tu peux lui parler de l'AM lui dire que c'est bien lui donner des prospectus ».

O : « doit être privilegié et encouragé c'est notre rôle de médecin notamment ».

« ce que je voulais dire c'est plus exposer les bénéfices, et pas dans le sens forcer l'allaitement, plus dans le sens être en accord avec les recommandations et donner des conseils plutôt ».

I : « donc promouvoir et respecter les souhaits de la maman » « et quand même promouvoir l'allaitement pour le 3^{ème} même si elle n'a pas allaité les 2 premiers »

Q : « je la motive dans son sens ».

K : « quand elle est en grossesse, je fais une promo de l'allaitement ».

4) Médecin généraliste perçu comme influant dans la décision d'allaiter

Malgré une volonté ardue de la majorité des médecins de se vouloir neutre pour éclairer la femme dans sa décision d'allaiter, le Médecin généraliste semble tout même avoir une relative influence :

- **Question de l'animateur** : « Pensez-vous que l'on a une influence en tant que Médecin généraliste sur la conduite de l'AM ? ».
- **Acquiescement général** : « oui bien sûr ».

Les Médecins généralistes se voyaient honorés d'une place privilégiée comme professionnel de confiance. Ils étaient nombreux à estimer que leur position de médecin généraliste traitant est un atout pour parler allaitement avec la femme dont ils assurent le suivi. La relation médecin patient étant déjà intégrée, et inscrite dans un climat de confiance :

E : « oui on a un rôle vraiment à jouer à ce niveau-là et en effet en plus en général on connaît le patient ça permet de détecter [...] d'arriver à détecter justement quels sont les freins ».

N : « on a notre place déjà pour entendre les problèmes ».

F : « je pense que c'est légitime parce qu'on les connaît bien ils ont confiance en nous, il n'y a pas la barrière de l'inconnu ».

O : « dans le territoire on reste l'intervenant principal près du patient pour ces questions-là ».

Q : « elle vient chercher un peu de réconfort ».

5) Rôle de technicien

Q : « d'être là et par exemple de mettre le petit au sein comme l'a fait la sage-femme avant hein ».

B : « donner des petits conseils, boire se reposer surtout se détendre j'essaie d'agir sur effectivement sa lactation ».

C : « proposer à la maman un meilleur tire lait électrique vérifier aussi que la maman ne donne pas le truc le plus ancien c'est notre rôle ».

R : « mais c'est vrai qu'il faut se permettre de pouvoir utiliser 36000 marques faut qu'elle puisse tester toutes les marques pour voir lequel (*ndlr* le tire lait) est le plus adapté » !

6) *Anticipation et choix d'aborder le sujet en consultation*

- a) C'est surtout les médecins qui semblent aborder le sujet, les patientes ne le feraient a priori pas spontanément :

N : « je leur demande systématiquement quel est le mode d'alimentation ».

F : « oui elles ne vont pas forcément s'exprimer spontanément quand elles sont enceintes sur ce sujet-là, en tout cas j'ai pas remarquer ça ».

M : « heu... mais moi dès la grossesse j'aborde déjà ce sujet [...] non j'aborde, j'aborde ».

- b) Il existait des disparités entre les médecins sur le moment le plus opportun d'aborder le sujet de l'AM :

- o *Beaucoup de médecins choisissent d'aborder ce sujet pendant la grossesse* :

F : « même avant qu'elles accouchent aussi c'est important de leur présenter la logistique ».

M : « heu... mais moi dès la grossesse j'aborde déjà ce sujet [...] je pense que dès la grossesse en fait il faut amorcer le sujet ».

C : « en amont quand elle est enceinte tu peux lui parler de l'allaitement maternel »

F : « je pense que d'aborder comme tu disais d'aborder avant (*ndlr* l'accouchement) c'est important » « quand elle est enceinte il faut le faire ».

K : « c'est par contre avant quand elle est en grossesse, je fais une promo de l'allaitement, mais pas voilà quand c'est décidé et que c'est fait ».

O : « effectivement l'idéal ça serait avant l'accouchement [...] effectivement après c'est déjà un peu trop tard » !

D : « pendant la grossesse et puis au début de l'allaitement ».

- Certains pensent à aborder également la question de l'AM avec le père :

I : « en amont on aborde la question pendant la grossesse peut être avec la maman pourquoi pas aborder la question de l'allaitement avec le papa aussi ».

R : « moi c'est pareil je pense que c'est courant 2^{ème} trimestre heu... commencer déjà poser la question de l'allaitement. Et effectivement il faut... le papa dans l'allaitement ».

- D'autres privilégient d'initier ou de revenir sur le sujet dans le post-partum immédiat :

N : « par exemple quand je reçois les femmes dans leur 1^{ère} consultation ou dans les 1^{ères} consultations de bébé, ou consultations post-partum...suite à l'accouchement ».

E : « l'idéal ça serait le 2^{ème} trimestre et puis après heu... tout de suite après l'accouchement ».

D : « pendant la grossesse et puis au début de l'allaitement ».

Cela fait réagir certains médecins, qui affirment que selon eux agir en aval de l'accouchement est trop tardif, car ils n'ont plus d'impact sur le choix de la patiente :

F : « ouais le soucis c'est que c'est trop tard en fait (ndlr après l'accouchement), je pense que d'aborder comme tu disais d'aborder avant c'est important enfin une fois que c'est acté et qu'elle a choisi comment allaiter tu peux plus, tu respectes le choix ».

O : « effectivement l'idéal ça serait avant l'accouchement [...] effectivement après c'est déjà un peu trop tard ».

K : « c'est par contre avant quand elle est en grossesse, je fais une promo de l'allaitement mais pas voilà quand c'est décider et que c'est fait ».

- D'autres médecins initient ou reviennent sur le sujet à d'autres occasions :

Notamment, lors de problèmes pendant l'allaitement, à l'occasion d'une activité particulière ou le renouvellement du tire lait, ou en ayant dans l'idée de délivrer l'information pour les futures grossesses :

G : « moi je peux en parler quand je fais les examens mammaires, je pose la question parce que je sais que les femmes qui ont allaité plus elles allaitent et plus le risque du cancer du sein est faible, je crois ».

B : « effectivement pendant la grossesse qu'on posait la question [...] et puis après c'était à chaque fois lors des visites systématiques du nourrisson ».

J : « ça va faire redit mais c'est ça après le retour de la grossesse c'est plus simple c'est ce qu'on disait avant, après effectivement dès les 1^{ères} consultations systématiques on va faire le point ou même avec le renouvellement du tire lait en ordonnance ».

L : « après par exemple on fait les vaccins, on fait quand même les vaccins heu... 2^{ème} mois, et à ce moment-là on pose la question « alors l'allaitement ? ».

F : « avant l'accouchement, après ça peut l'être aussi si elle a des problèmes de seins, une petite infection là aussi tu peux revoir, si elle trouve qu'il grossit pas bien, effectivement tu peux regarder comment il tète tu vois la position ».

K : « alors moi c'est concernant l'activité d'homéopathie comme je fais de l'homéopathie je fais souvent des préparations à l'accouchement et c'est souvent à ce moment-là qu'on prépare qu'on anticipe on essaie d'expliquer comment ça va se passer qu'est ce qu'elle peut avoir comme remède et de là on parle de l'allaitement à ce moment-là ».

N : « je leur demande systématiquement quel est le mode d'alimentation [...] parce que même si aujourd'hui ça ne prend pas il y aura aussi les prochaines grossesses [...] d'aborder ces sujets-là maintenant ».

- *Un seul médecin s'est questionné sur la nécessité d'aborder le sujet en pré-conceptionnel, dans le parcours du couple à la procréation, du fait d'un échappement du suivi.*

2 autres médecins lui ont apporté un contre argumentaire, les fausses couches précoces semblant un facteur limitant de l'approche de ce discours en pré-conceptionnel :

- **P** : « en fait moi je pense qu'il faut intervenir beaucoup plus tôt si on peut en parler avant l'accouchement moi je suis dans l'Ouest et j'ai la chance d'être dans un secteur où il y a beaucoup de sage-femme de gynéco et finalement les femmes enceintes je les perds de vue en général allé autour de la 22^{ème}, 24^{ème} semaine on fait le bilan du 6^{ème} mois, l'écho, une morpho et puis après elles ont pris le rendez-vous avec le gynéco et la sage-femme donc après le 3^{ème} trimestre c'est terminé. En tant que Médecin généraliste j'ai plus d'intervention à faire la dessus [...] c'est soit en parler en pré-conceptionnel quand on la chance d'évoquer à des femmes en situation pré-conceptionnel ou alors dès peut être la 1^{ère} consultation. ».

- C : « mais après tu as le risque de la fausse couche précoce et t'as toujours besoin d'avoir une 1^{ère} écho pour commencer à parler de ça, ça concerne une femme sur 4 elles sont déjà dans l'investissement de cette grossesse et aborder tous les sujets de la maternité les font se projeter et si elles ont une fausse couche spontanée c'est un monde qui s'écroule... Je sais pas mais j'essaie toujours de faire attention qu'on soit à plus de 12 semaines pour en parler moi perso ».

- K : « c'est vrai, pour moi c'est pareil, avant les 12 semaines je leur dis qu'il y a une chance sur 2 qu'il y ait une fausse couche, je préviens déjà, et je me dis que de leur parler de l'allaitement ça va pas coller avec mon discours ».

- P : « il reste plus beaucoup de place alors !!!! entre 12 et 20 SA, heu... ça va être court !!! ».

7) *Pour mener à bien son rôle, le médecin généraliste mobilise ses compétences :*

a) La non culpabilisation des patientes, le non jugement

Quel que soit le rôle endossé pour accompagner la femme dans le type d'allaitement qu'elle aura choisi, une grande majorité des médecins étaient animés par le fait de ne pas faire culpabiliser la femme :

I : « surtout déculpabiliser complètement aussi le fait de pas allaiter son enfant »
« respecter les souhaits de la maman, et ses croyances ».

K : « bein... essayer de déculpabiliser et de dire c'est très bien elle a fait au moins ce temps-là ».

F : « après ce qui est vraiment important je pense que c'est le langage, heu... avoir un discours très modéré, faut pas qu'elle se sente coupable aussi. Je pense que quand elle décide de pas allaiter, elle se sent de toute manière à la base coupable quelque part de ne pas donner le meilleur à son enfant. Je pense que là c'est important aussi que dans ces cas-là de pas en rajouter, c'est une souffrance de ne pas allaiter » !

C : « tu peux pas non plus être intransigeant et dire « là c'est n'importe quoi ce que vous avez fait » » !

→ **nombreuses mimiques d'acquiescement et hochement de tête dans l'assemblée.**

b) Attitude empathique en valorisant et rassurant les femmes allaitantes

Les médecins n'hésitent pas à complimenter leurs patientes dans le but de les rassurer et de les encourager :

B : « donc les rassurer aussi » « très très important, rassurer la maman aussi ».

H : « moi je valorise ces mamans qui donnent le sein à chaque fois je leur dis qu'elles sont courageuses, qu'elles sont fortes heu... je sens que ça les touchent. C'est pas si facile que ça. ».

L : « elle allaite : je lui dis que c'est magnifique. Vous imaginez votre lait, votre enfant qui grandit qui est magnifique qui se développe bien, ba... elles sont très valorisées, je trouve que c'est une très belle chose ».

Q : « bein c'est bien, ba oui t'es bien » que des petits trucs comme ça et bein ça la valorise et du coup elle est contente et ça peut aider pour des tas d'autres choses que l'allaitement et sortir du cabinet et se sentir un peu mieux » « vas-y courage, courage, tu le fais c'est très bien je t'admire ».

B - Les freins d'un accompagnement optimal pour le médecin généraliste

1) Peu de citations sur les motifs de consultation, peu d'expériences pratiques rapportées

Concernant les motifs de recours au Médecin généraliste, nous avons constaté qu'il n'est cité aucune complication de l'AM hormis « *l'abcès* », et des « *petites infections* ». Les mots « *crevasses* » et « *lymphangites* » étaient cités lorsque les médecins relataient leur propre expérience de l'AM.

Aucun médecin ne citait comme motifs de consultation les engorgements, les mastites, les crevasses, l'hypogalactie, qui sont les problèmes d'AM en général les plus récurrents en consultation en France.

En revanche, pour la teneur des consultations dont le thème est l'allaitement, l'essentiel des sollicitations des médecins généralistes seraient plutôt de prescrire le tire lait, parler des rythmes et besoins du nouveau-né, la position du bébé, et l'insuffisance pondérale.

F : « leur présenter la logistique, le tire lait, toutes les possibilités qu'il y a maintenant, de louer ou d'acheter la possibilité de stocker tout ça c'est important ».

H : « les histoires de poussée de lait, les poussées de croissance et ces moments un peu de désespoir où les femmes peuvent lâcher à 3 semaines, 6 semaines où elles auront besoin pendant un moment de mettre le petit au sein systématiquement voire un mois et demi pour que le volume de lait puisse s'adapter à leur besoin, heu... c'est des moments qui sont très importants, on voit souvent ces petits à 3 semaines venir où les parents disent qu'il y a quelque chose, il fait que pleurer il n'a plus de selles heu... je crois qu'il a faim, je crois que je lui donne pas assez de lait et donc ça permet de pouvoir réajuster et parfois même d'anticiper et de leur dire heu... attention à 3 semaines ».

L : « après dans ma patientèle je n'ai pas trop de femme qui ont des soucis d'allaitement. Bon peut être de temps en temps un petit, heu un petit abcès enfin mais bon enfin apparemment ça se passe bien ».

C : « prescrire le tire lait ou [...] proposer à la maman un meilleur tire lait électrique »
« si elle a des problèmes de seins, une petite infection où là aussi tu peux revoir, si elle trouve qu'il grossit pas bien, effectivement tu peux regarder comment il tète tu vois la position si tout est bien calé [...] et après elle te demande aussi si y'a pas un médicament qui permet d'arrêter la montée de lait ».

B : « parfois il faut identifier les raisons pour lesquelles l'allaitement maternel se passe pas bien et parfois y'a des choses vraiment toutes bêtes comme la position du bébé enfin beaucoup de choses en fait. [...] beaucoup de mamans qui voudraient que la prise de poids soit très régulière ».

Sur les données collectées de la fiche de renseignements, 9/18 médecins avaient une patientèle constituée de moitié par une activité gynéco/pédiatrique. 6 médecins pensaient que cette activité était pour eux minime, et 3 étaient des médecins de l'éducation nationale.

Par ailleurs, la moitié des médecins avait une FMC en gynéco/pédiatrie, les autres n'en n'ont pas. 6/18 étaient maîtres de stage universitaire.

7/18 médecins avaient une activité urbaine, 8 une activité semi-rurale, 3 étaient médecins de l'éducation nationale dans des centres médico-scolaires.

Concernant la proportion d'enfants allaités dans la patientèle : 4/18 médecins estimaient en avoir une proportion faible, 5/18 une proportion importante, 6/18 ont répondu « je sais pas », 3 médecins de l'éducation nationale n'étaient pas concernés.

2) *Incertitude scientifique et manque de connaissance*

Les connaissances objectives et la culture sur le sujet paraissaient peu suffisantes, soulignées d'incertitudes :

G : « c'est ce qui est recommandé par l'OMS comme étant la meilleure alimentation je crois, minimum 6 mois il me semble c'est ça la définition ».

« je sais que les femmes qui ont allaité plus elles allaitent et plus le risque du cancer du sein est faible, je crois ».

« Maintenant j'ai pas les connaissances suffisantes, j'aimerais apprendre plus sur ce sujet, j'ai pas pris le temps ».

O : « et moi pas assez de connaissances [...]».

- Acquiescement général

3) *Manque de formation initiale et de temps pour se former*

Nombre de médecins étaient d'accord pour affirmer qu'ils sont freinés dans la qualité de l'accompagnement proposé par le manque de formation, leur formation initiale ne les préparant pas suffisamment aux problématiques de l'allaitement maternel :

F : « la compétence je pense qu'il faut la partager à moins d'être vraiment formé de façon très cadrée ».

A : « après bon moi je dirais déjà enfin à mon époque, au niveau de la formation de base il n'y avait rien si je dis pas grand-chose c'est rien du tout en fait sur l'allaitement déjà. [...] ».

K : « on est tellement pas formés à ça ».

E : « mais c'est pas grâce à ma formation que j'arrive à les accompagner ».

O : « et moi pas assez de connaissances, un minimum effectivement de par la formation ECN mais pas suffisamment, ça donne à peine des notions, tout ce qui est physiologie etc... j'en sais rien ».

G : « enfin je savais dans les livres mais pour moi sa représentait rien. Dans les stages y'avait 4 lignes mais heu... faut le vivre quoi » !

Pour se former, cela demande le recours à des bases de données, et une certaine capacité à être autodidacte, si ce n'est avoir recours à des formations complémentaires, a priori peu nombreuses sur le sujet :

O : « [...] ou moi-même me renseigner ».

B : « c'est un petit peu dommage et parce que y' a toute une littérature là-dessus »
« c'est vrai à l'époque c'était un des obstacles effectivement si on n'allait pas voir plus loin, ba... on arrêta l'allaitement ».

« aller rechercher si j'avais cette nécessité en fait d'aller chercher sur internet »

P : « il y a maintenant beaucoup de notes informatives là-dessus ».

G : « j'aimerais apprendre plus sur ce sujet, j'ai pas pris le temps ».

- **A** : « Puis après par la suite, il n'y a pas non plus de formations proposées à ce sujet, il faut vraiment qu'on ait une démarche perso de se dire tient je vais adhérer au réseau péri natal ou bien je vais adhérer à voilà a telle société ou je vais me documenter moi-même parce que sinon on nous propose des formations dans tout un tas de domaine mais jamais dans celui-là » !

- **Animateur** : « oui pour développer ses compétences ça demande un investissement personnel volontaire ? »

- **A** : « oui certainement » !

Les données recueillies sur les fiches de renseignements mettaient en évidence que 17/18 participants (1 ayant répondu « je sais pas ») pensaient que notre formation initiale devrait être améliorée. 12 participants souhaiteraient une formation complémentaire sur le sujet, 4 ont répondu « je sais pas » et 2 ont répondu ne pas être intéressés par une FMC.

2 médecins sur 18 ont déjà participé à une FMC sur l'allaitement maternel.

4) *Manque de temps en consultation pour aborder le sujet de l'allaitement*

2 médecins ont souligné que le facteur temps faisait cruellement défaut afin de prôner l'AM. Que ce soit sur le temps de la consultation ou plus étalé sur l'ensemble de la prise en charge de la femme :

G : « peut-être que je prends pas le temps non plus... je sais pas ».

P : « qu'est-ce qu'on peut faire pour essayer de limiter ce taux d'abandon dans un temps de consultation qui sera fatalement très court heu... dans lequel une multitude d'autres questions vont venir [...] ».

« Et en vous écoutant je me dis qu'en fait il faut reprendre l'idée qui paraissait évidente mais que j'ai abandonné faute de temps [...] ça sera pas très long, parce que y'aura pas le temps ».

« il reste plus beaucoup de place alors !!!! entre 12 et 20 SA, heu... ça va être court !!! ».

5) *Faible connaissance des recommandations*

On constate que très peu de médecins faisaient spontanément référence aux recommandations :

G : « c'est ce qui est recommandé par l'OMS comme étant la meilleure alimentation je crois, minimum 6 mois il me semble c'est ça la définition ».

P : « malgré que l'AM soit je crois maintenant une question de santé publique ».

6) *Manque de compétences dans ce domaine, surtout en cas de problèmes pointus et spécifiques*

La majeure partie des médecins présents ont avoué manquer de compétences. Ils ne le rapportaient pas cependant spontanément, mais le disaient lorsqu'on les invitait à s'exprimer sur ce sujet, profitant de la dynamique de groupe pour s'épancher. Il semblait y avoir un sentiment commun partagé, celui que le médecin généraliste est noyé dans une multitude de problématiques :

G : « oui comme tout en médecine générale on peut être hyper bon dans un truc, avoir les compétences les connaissances et dans un autre domaine non ce qui est normal parce qu'on doit connaître tellement de chose. Moi je me sens légitime mais je ne me sens pas suffisamment compétente ».

F : « heu... mais après la compétence je pense qu'il faut la partager à moins d'être vraiment formé de façon très cadrée » !

J : « que j'ai peut-être moins d'astuces et que c'est pas auprès de moi qu'elles trouveront les meilleurs conseils ».

P : « ma réponse est non je n'ai pas les compétences ».

D : « heu... les compétences, heu... j'en ai un peu, mais j'en ai certainement beaucoup moins que tout le monde, mais du moins pour aider un petit peu même si je me sens pas hyper compétent ».

J : « je pense que j'ai des petites, heu... des petites compétences [...] et c'est vrai que sur les choses pratico-pratique j'ai souvent pas de réponse effectivement ».

Q : « je suis peut-être pas optimum dans la prise en charge mais je me débrouille pas mal je pense ».

C : « heu... ba... non je pense ne pas avoir les capacités sur les problèmes bien particuliers ».

B : « se poser la question de l'allaitement si la maman avait une pathologie [...] parce que c'est ça aussi l'enjeu et je crois que c'était assez souvent ça effectivement si on prenait le Vidal ba... prout voilà on peut pas se soigner, on choisit entre se soigner et continuer d'allaiter ».

C - La place du généraliste dans le réseau pluridisciplinaire

1) Médecin Généraliste ressenti comme exclu du parcours de soin du nourrisson

Le ressenti général rapporté par les médecins était qu'ils se sentent exclus de la prise en charge des nourrissons, voire même du parcours de la femme enceinte. La sage-femme semble avoir une emprise importante sur ces populations. Les médecins sont néanmoins consultés en cas de problème et pour les vaccins.

Ici un extrait de dialogue pour mieux percevoir la dynamique de groupe autour de ce thème :

- L : « en fait en pratique j'ai l'impression actuellement que les enfants quand ils sortent de l'hôpital, c'est la sage-femme qui les voit, donc elle les voit je crois qu'elles viennent à la maison ... quelque chose comme ça. Avant c'est ce qu'on faisait nous mais j'ai l'impression que c'est les sages femmes qui le font ça. Avant j'avais beaucoup de nourrissons mais ba... maintenant plus trop, les pédiatres ont pris le pas aussi ».

- A : « ba... maintenant c'est la sage-femme qui pendant les 1^{er} mois voit l'enfant ».

- L : « après par exemple on fait les vaccins, on fait quand même les vaccins heu... 2^{ème} mois, et à ce moment-là on pose la question « alors l'allaitement ? [...] »

- F : « souvent effectivement les 1^{ère} pesées sont faites par la sage-femme normalement l'enfant doit être vu par le médecin entre le 8^{ème} et 15^{ème} jour pour les souffles cardiaques et examen complet ».

- A : « cela dépend de l'enfant, alors je vois beaucoup en centre-ville là où je suis, à 90 à 95 % c'est les sages-femmes qui gèrent tout ça ».

- G : « on les voit quand même les femmes enceintes » !

- F : « oui quelques-unes, en fait... ».

- M : « oui pour les arrêts de travail (rires) » !

- **Rire général et acquiescement de l'assemblée:** « oui c'est ça » !

- G : « du coup la sage-femme elle les voit mais c'est vrai qu'elle nous les oriente systématiquement le 8^{ème} jour. On les a tous quoi ! Peut-être aussi parce qu'on la connaît aussi et que...heu... je sais pas y'a un échange ».

- **Moues dubitatives des médecins A et L :** « pas dans notre quartier hein... ».

- L : « peut-être ils sont orientés quand ils ont un problème quoi (rire). Après les vaccins ça on fait toujours. Je sais pas pour combien de temps encore » !

Autres extraits :

C : « c'est la sage-femme qui a déjà tout calé » « et puis après aussi le réseau des sages-femmes, y'a des sages-femmes qui suivent les enfants pour le suivi du poids, si tu sais que c'est une sage-femme [...] elle (*ndlr* la patiente) n'a plus de temps pour nous quoi ».

P : « les femmes enceintes je les perds de vue en général aller autour de la 22^{ème}, 24^{ème} semaine on fait le bilan du 6^{ème} mois, l'écho, une morpho et puis après elles ont pris le rendez-vous avec le gynéco et la sage-femme donc après le 3^{ème} trimestre c'est terminé. En tant que Médecin Généraliste j'ai plus d'intervention à faire là-dessus. Après c'est trop tard sauf correction si y'a problème. ».

2) *Un rare travail en équipe*

Seulement deux médecins se sont exprimés sur une cohésion interprofessionnelle, et pensaient ne pas être exclus de la prise en charge du nourrisson. Ils s'inscrivaient dans une relation d'entre-aide et d'échange :

F : « moi par contre dans mon quartier j'appelle souvent ma sage-femme et ma sage-femme m'appelle souvent et on essaie justement de surmonter le fait que la patiente a des difficultés, la sage-femme ça la motive plus que je sois impliquée. Elle m'appelle souvent et moi aussi parce que j'ai besoin de ses conseils à elle ».

- **G** : « du coup la sage-femme elle les voit mais c'est vrai qu'elle nous les oriente systématiquement le 8^{ème} jour. On les a tous quoi ! Peut-être aussi parce qu'on la connaît aussi et que...heu... je sais pas y'a un échange ».

- **Moues dubitatives des médecins A et L** : « pas dans notre quartier hein » !

3) *La délégation à d'autres professionnels et autres recours : place prépondérante de la sage-femme*

- **Incontestablement, parmi les professionnels de santé à qui les médecins adressent pour avis, la sage-femme avait une place de premier choix :**

C : « une sage-femme qui est plutôt pour l'allaitement maternel, elle le sait que c'est vraiment utile il faut pas hésiter à prescrire un suivi du poids 1 mois par la sage-femme ».

B : « enfin autrement les sages-femmes aussi avant tout d'abord ».

- **O** : « la sage-femme effectivement ».

- **Animateur à l'assemblée** : « la sage-femme aussi ? ».

- « **oui** » général de l'assemblée.

- **Les associations semblaient aussi rencontrer un certain succès auprès des généralistes, elles n'étaient néanmoins pas connues de tous :**

N : « moi j'oriente aussi les femmes vers les associations d'écoute pour l'allaitement [...]».

J : « j'adresse facilement aux confrères aux consœurs sages-femmes ...aux réseaux de lactation des choses comme ça ».

G : « en lisant beaucoup beaucoup beaucoup beaucoup sur la « leache league » en allant sur l'asso réunionnaise ».

B : « Puis ba... moi je sais pas je pense que c'est encore actif certainement, y'a tout un tas d'associations de promotion de la lactation qui eux vont conseiller au plus près avec des conseils très pratiques voire même être présents à plusieurs reprises et heu... je pense que ça peut être un soutien vraiment très utile parfois c'est vraiment dans les petits détails que ça se tient » « je pense savoir aussi les orienter sur ces associations, j'ai l'impression que c'est d'excellents soutiens ».

Extrait de dialogue :

- Q : « c'est quoi ces asso la ? »

- J : « ba... je pense que c'est l'AREAM, y'a des bénévoles qui font ça 7 jours sur 7 et 24h sur 24, la seule chose c'est qu'ils ont qu'une seule ligne si elle déjà occupée mais sinon on peut heu... voilà on peut avoir assez facilement avoir accès à eux ».

- **Moins populaire, les pédiatres semblaient aussi constituer un recours, au contraire des gynécologues, suscitant même de la moquerie :**

Extrait de dialogue pour apprécier la dynamique de groupe :

- Q : « sage-femme oui, pédiatre je pense pas (rires) et gynécologue encore moins (rires) » et rires de l'assemblée.

- J : « non non sage-femme ».

- P : « oh quand même, un pédiatre, non ? » (l'air inquiet)

- E : « pédiatre oui, et sage-femme ».

- **Les « Conseillers en lactation » n'étaient cités que par deux médecins :**

G : « pour aider les dames dans les allaitement difficiles parfois, je pensais a des choses qui sont quand même assez pointues, à ce moment-là j'oriente vers les conseillers en lactation ou vers l'AREAM ».

H : « si c'est un allaitement qui est compliqué ça m'est déjà arrivé de renvoyer vers des consultations d'allaitement, les pros de la lactation ».

B : « mais je pense qu'il y a des gens encore plus pointus là-dedans heu... [...] ».

- **Place des supports techniques/numériques :**

B : « la gynéco m'a dit « faut pas regarder le Vidal; parce que sinon vous allez voir ils sont tous contre-indiqués » donc elle avait un bouquin spécifique quand même beaucoup de choses tout en continuant d'allaiter donc ça c'était l'occasion d'aborder ça, donc rassurer aussi ».

Q : « maintenant il y a le « CRAT » [...]. Le CRAT a quand même une rubrique systématique, pour chaque médoc y'a une rubrique allaitement, c'est systématique ... Et souvent d'ailleurs c'est écrit « le CRAT n'est pas d'accord avec la notice d'utilisation du médoc, le CRAT n'est pas d'accord avec le Vidal » c'est écrit noir sur blanc » « j'aime bien le site AREAM ».

R : « même je parlais de la leache league tout à l'heure, donc eux ».

3 - Éléments expliquant pourquoi cet accompagnement se définit comme tel

A - L'indispensable vécu personnel et l'autoformation

La majorité des médecins estimaient que leur expérience personnelle ou celle de leur compagne a eu une influence primordiale sur les conseils et la prise en charge des patientes au sujet de l'allaitement maternel et de ses complications. L'émulation autour de ce sujet était prégnante dans les deux groupes.

1) *Expérience personnelle évoquée spontanément sans qu'on ait posé la question*

Sans y être invité au préalable par une question de l'animateur, l'ensemble des médecins se référaient spontanément à leur vécu personnel pour justifier leurs représentations et leurs pratiques :

N : « Moi je sais que personnellement quand j'étais à l'hôpital [...] ».

G : « je parle de ce que moi j'ai vécu au niveau familial ».

H : « après ce qui aide c'est aussi la part personnelle de notre allaitement qui peut aider et qui aide beaucoup on peut donner notre avis en tant que maman allaitante ».

G : « moi c'est que mon expérience perso qui m'a permis d'aider les femmes, heu... avant ça avant d'être maman je ne connaissais rien » !

R : « voilà par expérience c'est ce que je pense ».

C : « parce que moi pour l'avoir eu [...] ».

E : « de mon expérience personnelle aussi quand on vient d'accoucher [...] ».

Q : « même moi par exemple je n'ai pas allaité très longtemps ».

B : « moi j'ai exercé après avoir eu mon 1^{er} enfant et ça s'est posé pour moi ».

Le focus group a notamment intéressé un public qui n'a plus de pratique de généraliste, public présent « en tant que maman » :

I : « moi je suis médecin de l'éducation nationale je vois donc les enfants à partir de 6 ans donc en vrai je suis plus là en tant que maman ».

(3 médecins de l'éducation nationale sont présents)

Cette question serait selon un médecin extensible à d'autres sujets en médecine générale :

P : « c'est une très très belle question, qu'on peut aussi étendre à d'autres problématiques. Mais heu... je n'ai aucune idée de la réponse hein..., mais je vais prendre beaucoup de plaisir à y réfléchir, j'attends du coup la suivante avec impatience à savoir est ce qu'on a soit même été allaité pendant l'enfance».

D : « heu... moi personnellement, heu... j'aurais pas d'avis perso. Je pense que ce qu'on vit dans nos vies perso impacte forcément...que ce soit consciemment ou inconsciemment ... ».

2) *L'expérience personnelle constitue une base de conseils avec une influence favorable*

- **En effet, le vécu en tant que maman apparaissait comme un prérequis à l'accompagnement avec une corrélation entre le degré de difficultés personnelles, proportionnel à la capacité à aider.** Les hommes présents ne se sont pas exprimés sur le sujet, bien que l'un d'entre eux soit le papa de 4 enfants allaités en moyenne 10 mois :

G : « moi c'est que mon expérience perso qui m'a permis d'aider les femmes, heu... avant ça avant d'être maman je ne connaissais rien, [...]. Et plus on le vit avec des difficultés et plus on a de conseils à donner donc dans un sens je me dis ba... tant mieux, ce fut difficile pour moi mais au moins je peux donner des conseils heu... ba... c'est uniquement sur la base de mon expérience perso je me suis intéressée sur le sujet pour que mon allaitement se passe bien et là j'ai pu aider les autres mais sinon je sais pas comment j'aurai pu les aider ».

L : « il faut quand même avoir allaité soi-même et je me dis même que c'est d'avoir eu pleins de problèmes d'allaitement qu'on est beaucoup plus à l'aise pour aider une femme en face qui a ce problème-là ».

« C'est le vécu c'est ce qu'elle disait c'est le vécu hein... le fait qu'on a eu des problèmes des petits soucis qu'on a réussi à résoudre voilà parce que voilà on fait pareil ».

K : « moi j'en suis certaine (*ndlr* que l'expérience personnelle impacte la pratique) ... en tout cas je me conduis comme ça c'est un moment particulier un moment qui est court dont on peut en profiter chacun son choix ... expérience perso oui forcément ça joue on n'est tellement pas formé à ça ».

I : « pour mes 3 enfants j'ai pu les allaiter entre 9 et 12 mois donc oui si je suis amenée à en parler, j'en parlerai de façon positive comme je le disais au début c'est un vrai moment de plaisir, unique ».

B : « j'ai quand même pu faire profiter un peu de cette expérience ».

E : « oui, heu... je pense qu'en effet mon vécu apporte énormément à ma pratique [...] enfin finalement ça c'est bien passé mais j'ai eu vraiment beaucoup de difficultés donc je suis passée par pleins de petits, enfin pleins d'essais positions du bébé, tire laits, etc... donc pour ça je suis une pro (rire), je suis devenue patiente experte », « j'ai testé beaucoup de choses différentes personnellement et heu... c'est vraiment mon expérience perso [...] c'est pas grâce à ma formation que j'arrive à les accompagner, c'est clairement grâce à mon expérience perso » !

Extrait de dialogue :

- **Animateur** : « l'expérience perso pour vous aussi c'est ...?? ».

- **L** : « c'est loin (rires). Mais c'était bien, ça s'est bien passé ».

-**Animateur** : « c'est un élément qui compte encore dans la pratique professionnelle ? ».

- **L** : bien sûr [...] moi je trouve que l'allaitement, enfin perso, moi ça s'est toujours bien passé ».

Les Médecins **R**, **B** et **Q** s'exprimeront chacun à deux reprises sur le sujet, le médecin **H** une seule fois.

- **Pour autant, les médecins ne semblaient pas étaler leur expérience auprès des patientes, et gardent leur objectivité, un rôle de neutralité (Cf. IV-2-A, section « aide à l'élaboration du choix dans une relative neutralité ») :**

E : « j'accompagne les mamans dans leurs choix dans leur éducation etc...mais j'ai pas d'avis perso à leur donner ».

J : « [...] et donc du coup après c'était vraiment un ressenti personnel et j'espère en tout cas, peut-être qu'inconsciemment c'est le cas je sais pas, mais j'espère que cela n'a pas de retentissement sur la façon dont je gère les choses avec mes patientes parce que moi je le dis c'est la façon dont moi je l'ai vécu et je veux surtout pas que ça influe sur la façon dont mes patientes veulent vivre leur allaitement, enfin j'espère en tout cas peut-être je sais pas, « je pense que c'est en ça effectivement, que ça influe mais j'essaie en tout cas de pas influencer. Le moins possible ».

3) *L'expérience personnelle ne permet néanmoins pas de faire des généralités*

Malgré l'influence importante de la pratique personnelle de l'AM communément admise, l'ensemble des médecins gardaient en tête que leur propre expérience n'est pas pour autant une généralité :

- **H** : « en même temps je trouve que notre expérience perso ne fait pas foi de généralités hein »

- **L'assemblée** : « ah oui c'est sûr / c'est sûr / oui tout à fait »

4) *Expérience personnelle négative ayant une influence défavorable*

- **Q** : « alors moi clairement ça a des répercussions alors à l'opposé de la tienne (en montrant médecin **R** avec expérience personnelle positive), j'arrivai pas du tout à bien vivre mais je trouvais ça hyper douloureux donc heu... donc heu... c'est vrai que dans ma pratique au cabinet, j'essaie d'être, j'essaie (rires) j'essaie mais elles savent, elles se rendent pas compte tout ce qui a derrière [...] Donc, je pense effectivement que je suis peut-être moins heu... voilà dans ma pratique je soutiens moins l'allaitement inconsciemment à cause de mon expérience. [...] ».

- **J** : « (en montrant **Q**) (rires) j'ai la même expérience moi j'avais peur d'être la seule, ça me rassure (rires) [...] et donc du coup heu... après c'était vraiment un ressenti personnel et j'espère en tout cas, peut-être qu'inconsciemment c'est le cas (*ndlr* moins soutenir) je sais pas, mais j'espère que cela n'a pas de retentissement sur la façon dont je gère les choses avec mes patientes parce que moi je le dis, c'est la façon dont moi je l'ai vécu et je veux surtout pas que ça influe sur la façon dont mes patientes veulent vivre leur allaitement, enfin j'espère en tout cas peut-être je sais pas ».

5) *Les expériences personnelles différentes engendrent des disparités dans les prises en charge de l'AM*

Extrait de dialogue :

- **J** : « Enfin moi je l'ai vraiment vécu comme un truc perso et du coup j'accompagne mes patientes après sur leur choix, après c'est sûr que j'ai peut-être moins de heu... d'astuces et que c'est pas auprès de moi qu'elles trouveront les meilleurs conseils ».

- **Q** : « ouais mais entre nos deux consultations (en montrant le médecin **C**), entre nos deux consultations, y'a sûrement des écarts du coup » !

- **J** : « ah ba... y'a forcément des écarts, oui c'est sûr. C'est certain. Mais ne serait-ce ba... effectivement en terme pratique, de position, de choses comme ça , du coup je saurai rien leur dire ».

- **Q** : « ba... c'est certain que voilà, moi j'avais fait 1 mois d'allaitement y'a 8 ans heu... bon....(rires) voilà quoi » !

6) *Positionnement modéré par un effet sexe*

Les médecins femmes s'interrogeaient sur la capacité des hommes à accompagner un allaitement, ces derniers n'en ayant pas de vécu personnel corporel:

- **L** : « et moi je me demande toujours comment les médecins hommes font pour donner des conseils d'allaitement ».

- **Rire général et acquiescement de l'assemblée** « Ah oui oui totalement » « mais c'est clair ».

- **L** : « il faut quand même avoir allaité soi-même et je me dis même que c'est d'avoir eu pleins de problèmes d'allaitement [...] Mais toujours je me dis mais comment ils font les médecins hommes pour donner les conseils d'allaitement ».

- **Animateur** : « il faut qu'ils aient des compagnes allaitantes ».

Sur la totalité des participants, étaient présents 3 médecins hommes. 2 d'entre eux n'étaient pas papa, et ces derniers ont rapporté les allocutions suivantes lorsqu'était abordé la question de l'impact de l'expérience personnelle :

D : « heu... moi personnellement, heu... j'aurais pas d'avis perso ».

O: « moi ça va être court. Ni papa ni femme » !

Le dernier homme présent était papa de 4 enfants, a accompagné l'allaitement de sa conjointe sur une durée moyenne de 10 mois, et ne s'est pas exprimé sur la part de son expérience personnelle dans sa pratique. Néanmoins, il estimait ne pas avoir les compétences pour accompagner un AM de façon optimale :

P : « et bein... malheureusement la réponse sera plus simple que la précédente, ma réponse est non je n'ai pas les compétences ».

7) Être médecin n'aide pas particulièrement

« Le cordonnier est le plus mal chaussé » est un adage semblant prendre forme à travers les discours de certains médecins du groupe. Les connaissances scientifiques en qualité de médecin n'étaient pas perçues comme un atout, voire pouvaient même desservir. Les professionnels de l'AM s'attarderaient moins à des explications lorsque les patients sont des professionnels de santé :

- **G** : « c'est uniquement sur la base de mon expérience perso heu... parce que pour le coup les sages-femmes ne m'ont pas du tout aider moi heu... je pense qu'elles se disent « ah elle est médecin donc elle connaît » et en fait pas du tout ».

- **K** : « on est plus médecin quand on est maman on est confrontée à des difficultés qu'on n'a pas appris à gérer ni en tant que médecin ni en tant que maman, pour le coup là on est plus médecin on a beau essayer de relativiser ça ne marche pas ».

8) Autoformation nécessaire et recours à des professionnels pour mener à bien son propre allaitement

- **Malgré le fait d'être médecin, une documentation personnelle et une auto formation des médecins se sont avérées indispensables à la poursuite (et à la réussite) de leur propre histoire d'allaitement :**

B : « en fait moi j'ai le souvenir d'avoir fait repartir ma lactation à partir de zéro après une lymphangite et je m'étais appuyée sur des lectures [...] ».

G : « Ba... du coup c'est en lisant beaucoup beaucoup beaucoup beaucoup sur la « leache league » en allant sur l'asso réunionnaise que j'ai appris en fait et je me suis intéressée sur le sujet pour que mon allaitement se passe bien ».

H : « après toi tu me dis (en montrant **G**) que tu as eu beaucoup à te renseigner et améliorer de ton allaitement et moi je pense que j'avais énormément lu en amont et du coup les positions des bébés, pour pas salir les seins heu... les histoires de poussée de lait, les poussées de croissance [...] ».

L : « on va se renseigner on va lire » !

- **Par ailleurs, les médecins femmes du groupe ont-elles-mêmes eu recours à d'autres professionnels de santé pour soutenir leur AM :**

B : « elle (*ndlr* la gynéco) avait un bouquin spécifique et tout ça m'a permis de continuer d'allaiter malgré la prise d'un traitement et après malheureusement je ne l'avais pas acheté ce bouquin et j'ai passé un coup de fil encore à la gynéco ».

E : « heu... c'est vraiment mon expérience perso où j'ai eu beaucoup d'avis de différentes sages-femmes ».

Q : « mais j'ai eu des sages-femmes qui m'ont quand même bien soutenue donc je pense que j'arrive à donner des conseils ».

9) *Données des fiches de renseignements*

8/18 médecins ont été eux même allaités pendant l'enfance, 8/18 n'ont pas été allaités, 2 ont répondu « je sais pas ».

16/18 médecins avaient une expérience personnelle de l'AM, 2 n'en n'ont pas.

B - Les représentations du médecin généraliste sur le thème de l'allaitement maternel

1) *L'AM est présenté comme ayant de nombreux avantages*

En majorité, l'ensemble des médecins caractérisaient l'allaitement maternel de la manière suivante :

- **L'allaitement maternel est perçu comme physiologique et naturel**

L : « (L'alimentation)... la plus saine » « le naturel pour un enfant c'est que sa maman l'allaiter je pense » « Alors c'est vrai y'a l'OMS y'a ceci cela mais en gros on est quand même faites pour allaiter enfin en gros hein. Je ne trouve pas que l'OMS doit nous dire fais ceci fais cela. ... spontanément c'est naturel et bien ».

C : « lait de vache ça sert à faire grandir des veaux [...] que votre lait à vous est fait pour votre enfant ».

B : « puis c'est quelque chose qui en théorie devrait depuis la nuit des temps être naturel ».

- **Pratique**

L : « la meilleure alimentation pour l'enfant et pas que, aussi la plus pratique » !

R : « un gain de temps et d'énergie » « après heu... pratico-pratique c'est bien plus simple comme j'ai dit ça fait gagner du temps ça fait gagner de l'argent, on peut se balader partout heu... et on a juste le petit sac à dos avec les changes c'est un avantage non négligeable ».

B : « mais côté pratique je l'ai connu parce que pour le 3^{ème} effectivement on me l'a emmené sur mon lieu de travail je l'allaitais et hop c'était reparti ».

- **Économique**

F : « et il y a aussi l'aspect économique ! c'est quand même plus facile de mettre l'enfant au sein que d'aller chercher du lait au supermarché, et le matériel qui va avec » !

R : « ça fait gagner de l'argent ».

- **Écologique**

Q : « c'est bon c'est écolo bobo » !

1 seul médecin cite cet aspect de l'allaitement maternel, avec une pointe d'ironie

- **Nutrition / santé**

B : « le meilleur aliment pour le nourrisson ».

I : « vu le bénéfice pour la santé de l'enfant ».

L : « la meilleure alimentation pour l'enfant et pas que » !

G : « comme étant la meilleure alimentation je crois ».

- **Relationnel/émotionnel**

L : « du plaisir [...] la meilleure (*ndlr* des choses) pour le lien mère/enfant aussi »
« c'est par amour, l'enfant est là, c'est le lien ».

M : « ce temps relationnel avec l'enfant ».

D : « le mieux pour le lien mère enfant » !

I : « c'est un vrai moment de plaisir » !

G : « c'est tellement intime » !

2) *L'AM est caractérisé principalement par des qualificatifs positifs*

C : « c'est très bien » !

L : « c'est très bien, c'est la meilleure des choses » « Je suis toujours émerveillée quand je vois qu'un bébé pousse bien grâce l'allaitement, il est joli » !

- N : « un point de vue favorable ».

- H : « oui tout à fait ».

L'AM apparaissait même être ce qui se fait de « mieux » :

I : « J'ai le souvenir d'amis qui n'ont pas allaité le 3^{ème} ils ont dit on n'a pas allaité les 2 premiers, je ne veux pas c'est injuste pour eux je donne le mieux au 3^{ème} alors que les 2 premiers n'ont pas eu le mieux ».

Q : « je ne vais pas faire plus (allaiter le 2^{ème} plus longtemps) car c'est du favoritisme (rire) »

Ce qui entraîne a priori un sentiment de culpabilité si on ne donne pas « le mieux », engendrant même un sentiment de souffrance :

F : « elle se sent de toute manière à la base coupable quelque part de ne pas donner le meilleur à son enfant [...] c'est une souffrance de ne pas allaiter ».

L'AM semble faire partie du domaine du maternage proximal :

Q : « je n'étais pas une maternante ».

3) *L'AM présente aussi des inconvénients*

Il était vu par certains médecins comme une entreprise personnelle demandant beaucoup de motivation, et entraînant surtout de la fatigue :

N : « faut aussi prendre en compte que ça peut représenter certaines contraintes pour les femmes parce que c'est un investissement de tous les jours sur une durée plus ou moins longue » « il faut déjà être bien motivée ».

E : « y'a les attentes et la réalité » !

L'AM peut également faire naître des moments de solitude et de désespoir :

H : « ces moments un peu de désespoir où les femmes peuvent lâcher [...] C'est pas si facile que ça ».

Q : « y'a des moments quand même de grand creux que l'on ressent ».

I : « j'étais fatiguée ».

Le tire lait, autre versant de l'allaitement maternel était perçu comme accessoire indispensable à la reprise du travail (cf. paragraphe concerné plus bas), et n'avait pas un franc succès auprès de tous les médecins :

- **C** : « donner un truc vieux ben c'était désagréable, ça faisait mal ».

- **J** : « mais un tire lait ce n'est de toute façon pas agréable non ? donc heu ? ».

- **C** : « mais si tu as des tirs-lait agréables « symphonie, welleda » qui font le truc beaucoup mieux ... c'était pratique pour aller travailler, c'était pas un supplice de tirer son lait ».

Q : « le tire lait c'est horrible moi j'ai trouvé ça horrible, et moi les mères qui demandent un tire lait wouahou je suis là je les encourage je trouve ça très bien avoir ces deux trucs là, là « pchuuu ptchuuu » (elle fait le geste) j'ai une petite poitrine et je me retrouvai avec des seins comme ça beurk tout moches, j'arrivai pas du tout à bien vivre mais je trouvais ça hyper douloureux ».

Notons que les médecins parlaient ici surtout de leur ressenti lors de leur propre expérience d'allaitement et non réellement de ce qu'ils percevaient chez les patientes. Pour autant, les médecins ne disaient pas s'ils informaient les futures mères allaitantes des difficultés éventuelles auxquelles elles seront confrontées.

4) *Bénéfices rarement étayés en consultation.*

Bien que l'allaitement maternel soit communément admis comme bénéfique et positif par les médecins, aucun d'entre eux n'a rapporté faire l'étalage de ces avantages en consultation auprès des patientes. Tous se voient comme des éclaireurs dans le choix de l'alimentation de l'enfant, mais aucun n'a expliqué la teneur de ses arguments en consultation. Il est à noter que la prévention de certaines pathologies pour l'enfant n'a pas été abordée spontanément par les médecins.

Seule la prévention du cancer du sein a été citée concernant les bénéfices sur la santé de la mère :

G : « je sais que les femmes qui ont allaité, plus elles allaitent et plus le risque du cancer du sein est faible, je crois ».

5) *Il faut nécessairement être aidé pour mener à bien un AM*

Une partie des médecins présentaient le postulat qu'un allaitement doit indispensablement être accompagné et soutenu pour pouvoir être réussit, surtout si la motivation de base de la femme est fragile :

N : « si elles ne sont pas aidées par les professionnels et c'est là que tout se joue et que c'est important.... Moi je sais que personnellement [...] on a moins fait attention sur la mise au sein et l'accompagnement de l'allaitement. J'avais trouvé que c'était délétère qu'il n'y ait pas un accompagnement suffisant, [...] donc si on est jeune et fragile il faut déjà être bien motivée pour pouvoir le faire car si on a pas un accompagnement nécessaire on abandonne vite » « la nuit toute seule avec son allaitement ça peut être très décourageant parce qu'on pleure etc..., et d'avoir des personnes qui peuvent écouter [...] je trouve que c'est très aidant ».

C : « je pense que pour allaiter faut du soutien » !

B : « moi je me suis faite aidée par une sage-femme qui était une amie et puis j'avais vu qu'y avait tout un tas de choses donc c'est en fait un petit accompagnement quotidien ».

6) *L'allaitement artificiel est accepté par défaut*

C : « si autour d'elle la norme c'est que le biberon et que pour elle c'est beaucoup mieux le biberon et que l'enfant va bien dormir et qu'elle va rajouter les heu... les compléments après bon voilà c'est comme ça c'est chacun qui choisit c'est comme les personnes qui veulent se soigner ou pas se soigner » « le lait de vache ça sert à faire grandir des veaux, ça nous fait passer à 150 kg, et que votre lait à vous est fait pour votre enfant ».

Ici le lait maternel est comparé à un soin

I : « moi mes 3 accouchements je sais que dans la nuit à chaque fois, heu... j'ai eu quelqu'un qui passe discrètement et qui vous apporte un biberon alors que j'allaitais. Horrible ».

F : « Elles tirent leur lait et de temps en temps elles donnent le biberon. Apparemment ce n'est pas bien d'après ce qu'en pensent certains LOL (rires) » .

Déguisé dans une plaisanterie, un seul médecin a remis en doute la façon dont le lait artificiel est perçu.

7) *L'allaitement long : une durée non définie et sujet à moqueries*

F : « après c'est la prolongation sur les 6 mois minimum qui ne sont pas tout le temps évident, je trouve en tous les cas que c'est plutôt bien accepté et y a beaucoup qui essaient en tout cas... ça tiens moins dans le temps quand même ».

- **L** : « actuellement à Madagascar on allaite et longtemps hein ...!!! 1 an même » !

- **F** : « et même dans les hauts y'a des femmes qui allaitent jusqu'à 4 ans ! c'est long quoi ! » !

- **L** : « je peux pas prendre tel médicament car moi j'allaité encore » « mais il a quel âge l'enfant ? » « il a 4 ans » (rires) ».

- **Rires de l'assemblée.**

Ces représentations de l'AM à la fois personnelles et professionnelles tissent une trame pour que le généraliste se constitue un rôle auprès de la dyade mère enfant.

8) « Donner 3 mots caractérisant, selon vous, l'allaitement maternel »

Cela était demandé sur les fiches de renseignements distribuées aux médecins.

Voici comment les médecins ont choisis d'illustrer leurs avis :

Caractéristiques positives	Caractéristiques négatives
Cité 6 fois : Naturel	Cité 2 fois : Fatigant
Cité 5 fois : Lien mère enfant	Cité 1 fois : Assistance nécessaire, Difficile
Cité 4 fois : Protection, Sain	
Cité 3 fois : Amour, Plaisir	
Cité 2 fois : Nutrition, Pratique, Bénéfique	
Cité 1 fois : Affectueux, Attachement, Souhaité, Famille, Écologique, Authentique, Partage, Immunité, Utile, Bien être, Privilège, Attendant, Personnel	

C - Les caractéristiques sociales de l'allaitement maternel perçues par le médecin généraliste

1) *L'implication de l'entourage et le jugement*

S'enquérir de l'entourage familial comme facteur impactant l'AM a été mentionné. Celui-ci semblerait avoir plutôt un impact négatif. Notons que peu de médecins ont abordé la place du père dans l'AM :

H : « une des choses les plus difficiles c'est les remarques de la belle-famille j'ai l'impression. Les remarques, le lait qui n'est pas bon ou insuffisant, c'était des générations qui n'allaitaient pas trop à l'époque ».

C : « elle a lâché car tout le monde lui a dit que c'était pas bien et que c'est pas forcément hyper agréable parce que je pense que pour allaiter faut du soutien.... Et si autour d'elle la norme c'est que le biberon et que pour elle c'est beaucoup mieux [...] ».

B : « puis analyser aussi toute la dynamique familiale ainsi que la position du père hein..., si cette femme a été elle-même allaitée ou autre, parce que c'est vrai que c'est un petit peu voire dans tout son environnement ».

Q : « et comme tu dis c'est aussi l'entourage familial, moi j'ai vu une jeune femme hyper dynamique, les parents sont contre [...] sa sœur n'a pas allaité alors qu'elle a eu des enfants, elle est toute seule et donc les autres ils la regardent comme ça en disant « ah tu as toujours ton gamin au sein tu crois que c'est bien ça je suis pas sûr » « est ce qu'il a assez mangé ? » « avec le biberon c'est comme ça, comme ça, là elle est toujours au sein, ça va pas, c'est pas possible » [...] parce que je sens qu'il y a de la pression de l'autre côté elle résiste mais combien de temps ? » .

2) *La place du père*

B : « puis analyser aussi toute la dynamique familiale ainsi que la position du père ».

I : « en amont on aborde la question pendant la grossesse peut être avec la maman pourquoi pas aborder la question de l'allaitement avec le papa aussi ».

R : « moi c'est pareil je pense que c'est courant 2^{ème} trimestre heu... commencer déjà à poser la question de l'allaitement. Et effectivement il faut... le papa dans l'allaitement ».

Q : « moi j'ai allaité 1 mois et demi parce que je sentais que mon mari était un peu demandeur » .

3) *L'histoire personnelle, l'intimité et les représentations de la patiente comme déterminants*

Les médecins s'inquiétaient de connaître les représentations et l'état d'esprit de la femme qu'ils accompagnent , ses expériences, son vécu et ses idées reçues ayant selon eux une incidence sur le choix de l'alimentation du futur enfant :

C : « c'est un truc perso et tu connais pas toute son histoire ».

I : « respecter les souhaits de la maman, et ses croyances ».

Q : « [...] qu'elle a donné le bib'aux autres et qu'elle veut donner le bib' là, heu... je tente une petite approche là en disant t'as essayé, comment ça s'est passé à la mat, t'as eu une mauvaise expérience etc... ».

B : « y'a beaucoup de mamans qui voudraient que la prise de poids soit très régulière elles ont une idée préconçue de choses comme ça et puis surtout qui regrettent que leurs seins soient pas gradués parce quand même c'est beaucoup mieux [...] mais en fait il faut qu'elles se fassent confiance car y'a toujours derrière ça « et si mon lait était pas bon et si ça lui permettait pas de grandir » etc... donc c'est en fait vraiment un gros problème de manque de confiance en elle et en quantité et en qualité » « déconstruire les idées reçues [...] » « Donc savoir tout déconstruire de ces idées reçues un peu partout qui font un peu objet de dictat et ça je l'ai toujours fait passer justement et c'est d'abord de recevoir leurs représentations pour pouvoir dire ba... non, c'est possible ».

E : « d'arriver à détecter justement quels sont les freins de l'allaitement quelles sont les peurs et parce qu'en effet parfois c'est plus simple à aider ».

I : « Peut être accompagné sur les constructions que peut avoir la maman par rapport à l'allaitement ».

4) *Changement des mœurs ces dernières années.*

Le groupe a fait mention d'un changement dans les pratiques ces dernières années, avec la sensation que l'allaitement revient progressivement sur le devant de la scène, ils prônent un retour au naturel, peut-être par un effet mode.

Q : « c'était un peu un style de mode ».

G : « quand j'étais petite pour les parents grands parents ben l'allaitement ça n'existait pas, donc pour moi c'était nouveau et j'ai l'impression que ces dernières années ça revient à la mode. En tout cas moi ce que je perçois c'est vraiment un élan depuis quelques années pour l'AM [...] sur les générations précédentes je ne voyais pas ce phénomène-là. » « parce que moi quand j'interroge les femmes de ma famille il n'y a personne qui allaitait plus de 2 mois quoi heu... grand-mère grande tante ».

L : « Moi je pense que ce fut un temps enfin il y a une période on faisait beaucoup justement de pub pour le lait maternisé heu... Gallia etc... donc on avait l'impression que c'était ce qu'il fallait donner à l'enfant mais en fait c'est vrai que là on dirait que la société a plutôt tendance actuellement à revenir au naturel et le naturel pour un enfant c'est que sa maman l'allait je pense ».

M : « Moi je veux bien rebondir sur ce qu'elle disait sur la génération d'avant n'allaitait pas beaucoup ».

- **B** : « finalement on se rend compte que peut être avec les nouvelles générations ça l'est plus trop, il y a une perte de confiance, une perte de sens de geste normal et naturel ».

- **J** : « ça revient au contraire ! » !

- **B** : « ba... heu... ba... non il y a une fluctuation, ça commence à revenir peut être ».

5) *La problématique du travail perçue comme un frein à la prolongation de l'AM*

C'était dans la grande majorité des discours des médecins un argument probant qui peut dissuader la femme de commencer à allaiter ou fragilise, voire représente un véritable obstacle à la poursuite de son allaitement sur une durée optimale selon les recommandations. Le tire lait semblait être l'instrument incontournable de la reprise de l'activité professionnelle, mais nuancé par le fait que rester le plus longtemps possible avec son enfant est à privilégier. Les discussions autour de ce sujet ont été très vives :

Extraits de dialogue :

- **L** : « [...] puis après c'est vrai maintenant les femmes travaillent c'est un peu difficile comme vous dites de prolonger le temps un maximum mais j'ai l'impression effectivement comme vous dites qu'on est motivé actuellement à le faire »

- **M** : « Moi je veux bien rebondir sur ce qu'elle disait sur la génération d'avant n'allaitait pas beaucoup mais heu... bon c'est vrai que ma mère qui est très âgée maintenant mais elle n'a pas allaité parce que il n'y avait pas non plus par exemple, elle était enseignante, il n'y avait pas de congés d'allaitement il n'y avait pas de congés de maternité ça n'existait même pas donc c'était très difficile en fait pour une maman d'allaiter même si elle [...] donc une maman qui travaillait elle voulait elle n'avait plus le choix de faire un allaitement artificiel. »

- **L** : « Mais les femmes travaillent encore plus actuellement ?!! »

- **M** : « oui mais maintenant y'a le congé allaitement, avant ce n'était même pas reconnu comme maintenant y'avait même pas les congés maternité, y'avait même pas de congés tout court, la situation a complètement changé et puis maintenant elle permet plus ce temps relationnel avec l'enfant qu'y avait pas avant »

- **G** : « après on peut dire que les femmes travaillaient moins avant , donc en pensant comme ça elles auraient finalement pu allaiter plus ?!! »

- **M** : « mais celles qui travaillaient n'avaient pas tellement le choix »

Autres extraits :

- C : « mais si tu as des tirs-lait agréables « symphonie, wellea » qui font le truc beaucoup mieux ... c'était pratique pour aller travailler, c'était pas un supplice de tirer son lait, j'ai pas eu besoin de faire mon allaitement mixte et aussi je pense que on peut prescrire ça sans hésiter ».

- R : « ah oui ça c'est clair, mais c'est vrai qu'il faut se permettre de pouvoir utiliser 36000 marques faut qu'elle puisse tester toutes les marques pour voir laquelle est la plus adaptée mais le tire-lait c'est quand même pas la solution (*ndlr* à la prolongation de l'allaitement) ».

- C : « si c'est la solution pour que la maman reprenne le travail ».

Autres citations :

- R : « l'avantage d'avoir des jumeaux c'est d'être arrêtée pendant 1 an donc spontanément et bien voilà on peut faire à notre rythme et on peut en profiter et donc ça c'est un avantage non négligeable ».

- Q : « [...] (*ndlr* j'ai allaité) 1 mois et demi je m'étais arrêtée 10 jours, je suis med G libérale donc y'a pas d'arrêt de travail du coup heu je me suis arrêtée 10 jours ».

- L : « les femmes travaillent en ce moment donc c'est un peu plus compliqué aussi pour prolonger cet allaitement ».

Notons que les médecins donnaient leurs avis en fonction de leurs antécédents et vécus personnels.

6) *Les pistes d'amélioration de la durée de l'AM*

1 médecin ayant elle-même allaité des jumeaux 3 ans et ayant été en congés 1 an a émis l'hypothèse que pour allaiter plus longtemps, il faut être auprès de son enfant le plus longtemps possible :

R : « C'est facile hein, pour savoir comment on peut faire pour allaiter plus c'est donner un congé parental plus longtemps à la maman. C'est peut-être facile à dire mais voilà par expérience c'est ce que je pense ».

« mais oui, mais la vraie solution c'est qu'il faudrait pour qu'effectivement les mamans puissent allaiter plus longtemps c'est de leur permettre de rester avec leurs bébés plus longtemps ». « la solution ça sera ça !!! » !

Cependant, le Médecin généraliste n'aurait pas voix au chapitre lorsqu'il s'agit de débattre de cette problématique :

C : « c'est pas à nous en tant que Médecin généraliste de se charger de dire ça (*ndlr* l'allongement du congé maternité), c'est le gouvernement, tu vois, on est à un niveau heu... plus bas ».

Un autre médecin était persuadé de l'existence de congés spécifiques à l'allaitement maternel en France, ce qui n'est pas le cas actuellement. Notons qu'aucune personne du groupe n'a réagit à cela :

M : « oui mais maintenant y'a le congé allaitement » !

7) *Le lobbying des laits maternisés contesté*

3 médecins présentaient une vision du lait maternisé changeante au fil des années, en faveur de l'allaitement maternel, malgré les campagnes publicitaires des préparations pour nourrissons.

L : « il y a une période on faisait beaucoup justement de pub pour le lait maternisé heu... Gallia etc... donc on avait l'impression que c'était ce qu'il fallait donner à l'enfant mais en fait c'est vrai que là on dirait que la société a plutôt tendance actuellement à revenir au naturel ».

A : « Moi je me rappelle quand j'étais plus jeune c'était ahhh Blédina ou j'sais pas quoi, enfant très potelé c'est très bien mais en fin de compte maintenant je crois que tout ça c'est pas bon quoi ».

I : « [...] j'ai eu quelqu'un qui passe discrètement et qui vous apporte un biberon alors que j'allaitais. Horrible [...] je me mets à la place de la maman qui est pas bien et qui est dans le début de son allaitement, à qui on a posé un biberon sans explication sans rien ».

Notons que les médecins s'exprimant sur le sujet sont des femmes de plus de 50 ans, les 3 femmes les plus âgées des groupes.

8) *Être jeune et primipare : critère de fragilité.*

Parmi les difficultés sociales inhérentes à la poursuite ou l'initiation de l'AM, l'âge et la primiparité étaient selon les médecins des facteurs de fragilité, auxquels il faut, s'ils sont présents chez une patiente, faire encore plus attention pour ne pas nuire à l'allaitement :

N : « les jeunes femmes avec des grossesses précoces ».

F : « [...] les jeunes [...] Elles sont toujours un peu perdues surtout les jeunes mamans. Même les 1^{ère} mamans qui ont fait bac +8 elles ne connaissent pas forcément tout » !

L : « c'est souvent des petites jeunes, tu préfères pas allaiter « oui ba... j'ai pas le temps » etc... enfin c'est des choses comme ça où elles sont encore par exemple étudiantes, elles ont pas le temps non plus. Des femmes un petit peu plus mûres là elles sont un peu plus spontanées pour allaiter mais après ça dépend ».

E : « si c'est le 1^{er} enfant y'a énormément de stress ».

J : « J'ai un peu la même expérience j'ai eu ma 1^{ère} fille très jeune à 21 ans j'étais au tout début de l'internat, je l'ai eu très très jeune ».

9) *Le séjour à la maternité vu comme un élément déterminant du démarrage de l'AM*

K : « à la maternité surtout !! » !

B : « à la maternité mais dans le prolongement aussi hein... parce que c'est vrai à la maternité c'est vrai que c'est un bon lancement mais c'est vrai que c'est extrêmement court à la maternité, mais c'est après la montée de lait que ça commence les soucis et on est en général déjà sorti de la maternité » « que ça soit à la maternité et autres, puis c'est sûr c'est personnel je pense que c'est vraiment très très différent pour chacun puis en même temps c'est 3 jours, les 3 premiers jours y'a pas eu la montée de lait ».

K : « moi j'ai comme souvenir qu'on a la sage-femme à la demande, si on a un souci on peut très bien passer une demi-heure avec elle pour nous aider ».

Observons qu'à aucun moment n'a été fait mention du label IHAB (Cf. Annexe 6 : les 12 recommandations de l'IHAB)

10) La pression sociale « pro-allaitement » et la logique de liberté individuelle

Malgré un accord commun des bienfaits de l'AM, les médecins tiraient de leurs expériences personnelles que la société impose tout de même, de nos jours, une certaine pression pour que les femmes allaitent. Cela tend des fois à bafouer la liberté individuelle de la femme, de la mère, tant sur le plan de l'esprit que du corps, semblant imposer à la maman de rester collée à son bébé :

H : « C'est vrai que j'ai l'impression que c'est un vrai choix de la femme et qu'à un moment ça ne l'est plus. Quand y'a un échec de l'allaitement c'est souvent un souhait déguisé de la femme d'arrêter donc heu... on a du mal à rattraper »

B : « c'était très connoté avec des prises de positions extrêmement violentes des pour et des contre de l'allaitement où la liberté individuelle parfois elle est bafouée »

I : « faut que ça se fasse dans de bonnes conditions effectivement je pense pour la maman mais pas une contrainte à dire « ba voilà » faut le faire c'est bon pour la santé de l'enfant »

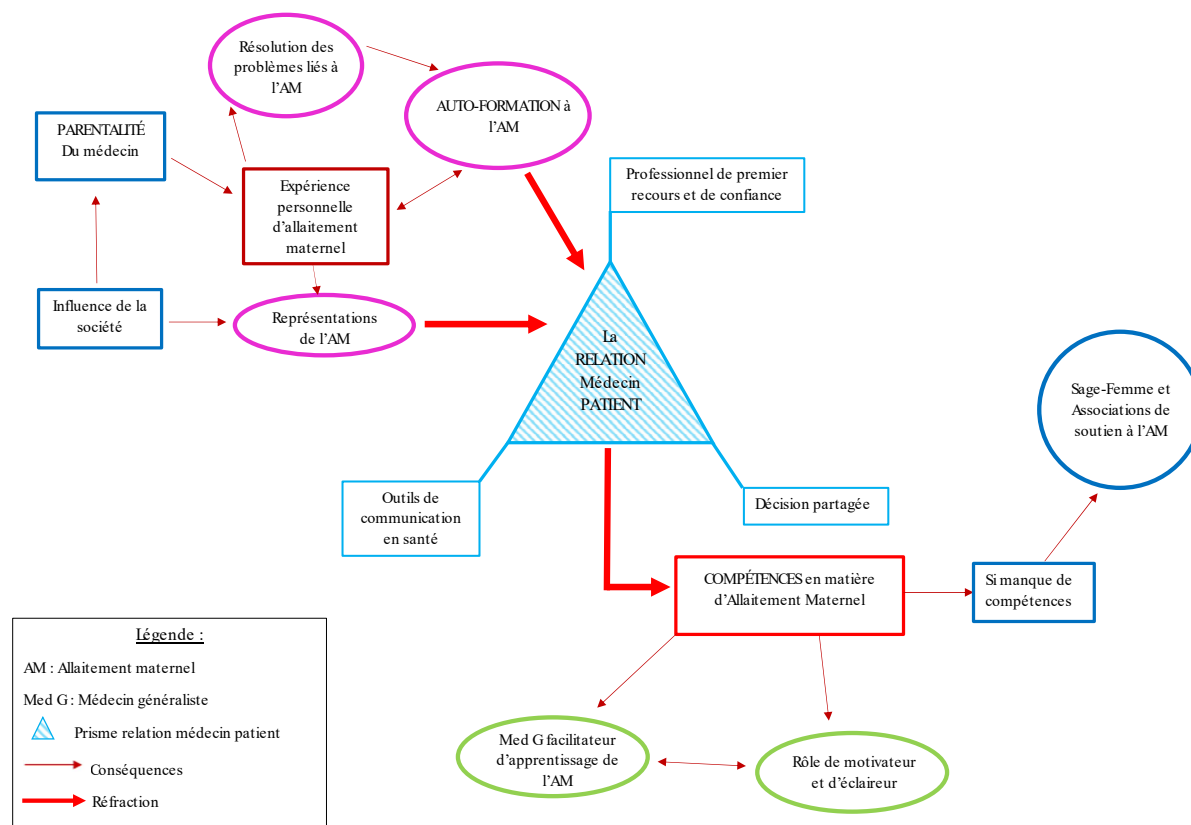
Q : « [...] que mon mari était un peu demandeur, c'était un peu un style de mode, c'est bien, c'est bon c'est écolo machin truc »

J : « j'ai eu l'impression d'avoir cette pression justement de « je suis médecin il faut que je l'allaiter » et du coup je l'ai pas très bien vécu du tout (rire) et elle a été hospitalisée (*ndlr* ma fille) très longtemps très jeune et heu c'est en pédiatrie qu'on m'a dit mais heu « si vous le voulez pas vous le faites pas » ça m'a soulagée (rire) c'est un truc de fou » !

E : « et je ne savais pas quoi faire je ne voulais pas donner le biberon parce que en fait il y'a cette pression sociale qui est sur la femme qu'on trouve surtout dans les pays développés. Heu oui en tout cas, heu en médecine on nous disait que l'allaitement c'est la bonne chose à faire donc y'a une grosse pression sociale ».

F : « Des fois elles peuvent voir l'allaitement comme une contrainte les jeunes parce qu'elles sont toujours collées au petit elles peuvent jamais le laisser ».

4 - Modélisation des résultats principaux



La parentalité du médecin engendre une expérience personnelle d'allaitement maternel, qu'elle soit positive ou négative. Cette expérience s'enrichit par l'autoformation et la résolution des problèmes liés à l'allaitement maternel, de façon proportionnelle. Les représentations des médecins en matière d'allaitement maternel résultent de ce vécu personnel et de l'influence de la société.

A travers le prisme de la relation médecin patient, l'expérience personnelle d'allaitement concède des compétences au généraliste. Ces dernières sont aidées par le positionnement du médecin en tant que professionnel de confiance et de premier recours, ainsi que les outils de communication en santé et la décision partagée.

Ces compétences acquises font du médecin généraliste un facilitateur d'apprentissage de l'allaitement maternel auprès des patientes. Cela lui octroie un rôle de motivateur et d'éclaireur, l'allaitement étant une entreprise difficile malgré tous ses bienfaits. Lorsqu'il manque de compétences, il s'adresse à la sage-femme principalement, ainsi qu'aux associations réunionnaises de soutien à l'allaitement maternel.

5 - Les particularités locales de l'AM (pour l'objectif secondaire)

A - Résultats issus des focus group

1) L'AM perçu comme normal à La Réunion

Au vu de la réaction du groupe face au commentaire suivant, il semblerait que l'AM à l'île de La Réunion ait un côté « réflexe » et naturel :

- F : « en tout cas ici je trouve que y'a beaucoup de dames qui se dirigent spontanément vers l'allaitement maternel, on dirait que c'est normal voire naturel, surtout les premiers mois ».

- **Acquiescement général.**

2) L'AM, culturellement mieux accepté qu'en métropole

Un médecin estimait qu'il est plus facile d'allaiter à La Réunion, le regard porté sur l'AM étant différent :

R : « heu moi je dirais qu'on a de la chance ici à La Réunion car le regard des autres n'est pas le même que celui en métropole. Ici on voit vraiment beaucoup de mamans qui allaitent en métropole le regard est encore différent hein, c'est très compliqué en métropole d'allaiter ici on peut facilement heu on n'a pas de regard spécifique ».

3) La culture semble expliquer la durée de l'AM

Extrait de dialogue :

- L : « actuellement à Mada on allaite et longtemps hein !!! 1 an même »

- F : « et même dans les hauts y'a des femmes qui allaitent jusqu'à 4 ans ! c'est long quoi !

- L : « je peux pas prendre tel médicament car moi j'allaite encore - mais il a quel âge l'enfant ?- il a 4 ans » (**rires généraux**).

- G : « y'a peut-être un phénomène culturel » ?!

4) *Beaucoup de grossesses précoces : facteur de fragilité*

Malgré tout, le facteur « grossesses précoces », nombreuses à La Réunion, semblait être de nouveau un argument limitant l'AM :

N : « après la difficulté ici c'est qu'il y a beaucoup de jeunes femmes avec des grossesses précoces, elles n'ont pas forcément cette sensibilité et si elles ne sont pas aidées par les professionnels et c'est là que tout se joue et que c'est important ».

5) *Ignorance des variations religieuses vis-à-vis de l'AM*

Les médecins ignoraient les variations, les représentations et les freins religieux qui gravitent autour de l'AM à La Réunion :

G : « Au niveau religieux je ne sais pas trop si y'a des différences mais en tout cas moi ce que je perçois c'est vraiment un élan depuis quelques années pour l'AM et alors qu'en tant que réunionnaise sur les générations précédentes je ne voyais pas ce phénomène-là ».

I : « En réunion pour le catéchisme de ma fille y'a une maman qui disait « allaiter c'est pêcher » dans sa famille ils disaient qu'il fallait pas allaiter car c'est un pêcher charnel, du coup dans cette réunion de catéchisme on a fini par parler d'allaitement, un peu de la sexualité, puis heu ça lui a permis d'avoir un autre regard sur l'allaitement à cette maman ».

Le sein semblait ici perçu comme sexuel et non nourricier.

6) *L'argument économique pour expliquer les taux d'AM plus importants*

Ce commentaire fait suite aux allocutions concernant l'AM à La Réunion :

F : « et il y aussi l'aspect économique ! c'est quand même plus facile de mettre l'enfant au sein que d'aller chercher du lait au supermarché, et le matériel qui va avec sans compter la stérilisation » !

7) *Les associations réunionnaises vues comme très efficaces*

N : « à la Réunion nous avons la chance d'avoir une association avec des bénévoles qui peuvent écouter ».

L : « c'est l'AREAM, y'a des bénévoles qui font ça 7 jours sur 7 et 24h sur 24h, la seule chose c'est qu'ils ont qu'une seule ligne si elle déjà occupée mais sinon on peut avoir assez facilement accès à eux ».

8) *Question : « A La Réunion, avez-vous identifié ou avez-vous connaissance de spécificités concernant l'AM ? »*

Cette question figurait sur le questionnaire de renseignements rempli par les participants. Ils cochaient oui ou non, si la réponse était positive je prenais contact ultérieurement par mail pour en discuter.

Sur les 18 participants, 6 médecins ont répondu oui à cette question, et seuls 2 médecins m'ont fait par mail le retour suivant :

H : « Il y a beaucoup plus d'allaitements mixtes. Alors que c'est très décrié en métropole cela semble normal à La Réunion de proposer le sein et le biberon, dès la naissance d'ailleurs... Peut-être donc moins d'épuisement lors de l'allaitement, plus d'aide du conjoint et de la famille... »

B : « il y a selon moi plusieurs raisons :

- Transmission familiale +++ il n'y a pas eu de rupture dans l'allaitement maternel par le passé, peut-être parce qu'ici le taux d'emploi des femmes qui ont l'âge d'être mères actuellement allaitantes était certainement faible. A priori, le fait d'avoir été soi-même allaité, d'avoir vu sa mère, ses tantes etc... Allaiter participe à la décision d'allaiter soi-même. La transmission du savoir et du savoir-faire autour de l'allaitement y participe pour la même raison. De plus, ici, les familles sont souvent peu éloignées, voire vivent ensemble, plusieurs générations ensemble. Cela facilite la transmission des savoirs-faire, et le soutien de la maman.

- Le taux d'emploi des femmes actuellement est encore faible je pense, et une première grossesse est souvent l'occasion de s'arrêter, sûrement variable selon le niveau de diplôme de la maman.
- Il y a ici un lien mère enfant qui diffère beaucoup de l'Europe, où assez rapidement le bébé est mis dans sa chambre : l'allaitement maternel n'en est certainement pas facilité. Ici, les bébés et jeunes enfants dorment très souvent et très longtemps dans le lit parental, voire juste avec la mère, ce qui facilite un allaitement à la demande pas très compliqué puisque pouvant se faire dans un demi-sommeil (pour la maman). Même si le fait d'allaiter son bébé au biberon ne signifie pas forcément un problème d'attachement, je pense que cet allaitement au sein prolongé joue un grand rôle dans ce lien, qui est parfois bien plus fusionnel et prolongé.
- Je pense aussi que le côté pratique et économique doit aussi jouer son rôle : pas de lait en poudre à acheter, pas de biberons à transporter, donc un grand côté pratique. Par le passé, il est possible que les professionnels de santé l'ait promu sur cet argument. Il y a encore 20-30 ans, les précautions d'hygiène étaient drastiques (stérilisation des biberons, préparation à la dernière minute, avec de l'eau de bouteille, conservation au frais sinon...) et cela donc pouvait peut-être encore plus poser problème dans un pays tropical: le sein était garant de la protection contre les infections en particulier gastro intestinales.
- Enfin, je pense que le rapport au corps n'est pas le même ici qu'en Europe ou aux EU. Allaiter dans l'espace public n'est pas stigmatisé, ni même observé, c'est dans l'ordre des choses. C'est donc plus facile pour les mamans. Il y a certainement moins eu ici les diktats de "beauté" qu'on rencontre en Europe. Parfois, une mère en France métropolitaine ne veut pas allaiter pour des problèmes esthétiques : retrouver au plus vite sa silhouette dont celle des seins, peur que ça ne les abîme... Le sein est plus vécu comme un objet purement sexuel en France métropolitaine.
- Enfin, n'ayant jamais eu l'occasion d'échanger vraiment avec les mamans sur le sujet, je n'ai aucune idée de l'impact de l'entourage dans la décision de la future maman, ni de celui des professionnels de santé. Car en métropole, on a noté des variations de chiffres qui suivaient de très près les politiques des professionnels de santé anténatale et en maternité.

Certaines maternités favorisaient ouvertement l'allaitement artificiel et n'offraient aucun soutien à la maman qui souhaitait allaiter, d'autres au contraire faisaient le forcing... Et en médecine, on apprend à prescrire du lait en poudre (le bon dosage, la bonne formule selon la situation...et pour l'allaitement maternel rien, puisque c'est "naturel" donc ça doit être « inné ») si bien que bon nombre de médecins sont démunis. Mais comme ici l'environnement familial est très présent, la future maman allaitante ne pâtit pas trop de l'absence de soutien si c'était la politique de la maternité ».

B - Entretien avec Pr Laurence Pourchez

Laurence Pourchez est anthropologue, docteur de l'EHESS en ethnologie et en anthropologie sociale, Professeure des Universités.

Elle mène depuis près de quinze années ses recherches dans la zone Ouest de l'Océan Indien, notamment dans les Mascareignes (Réunion, Maurice, Rodrigues). Ses thématiques d'études sont les phénomènes de créolisation, l'enfance et la famille (notamment par l'étude de la première partie du cycle de vie), les savoirs traditionnels associés aux conduites thérapeutiques, le rapport à la nature, les différents modes d'écriture de la recherche, l'épistémologie réflexive.

Elle a obtenu, pour ses publications audiovisuelles, plusieurs prix dont le grand prix du festival international du film de chercheur, catégorie CD-Rom, à Nancy, en 2000.

Ses principales publications concernant la petite enfance sont :

2002. *Grossesse, naissance et petite enfance en société créole*. Ouvrage + CD-Rom. Paris : Karthala, (réédition, revue et augmentée en cours, à paraître au troisième semestre 2008 chez le même éditeur).

2004. « *Infanticide et représentation de la vie à La Réunion : une approche croisée* », en collaboration avec Jacques Tabuteau, *Ethnologie française*, 04, 2004, pp.689-697.

2007. En co-direction avec Doris Bonnet, *Du soin au rite dans l'enfance*, ERES. (14 contributions et 11 films ethnographiques contenus dans le DVD vidéo accompagnant l'ouvrage), ERES / IRD

Afin de nous aider à éclaircir la situation de l'AM à La Réunion, Laurence Pourchez a bien voulu nous accorder un entretien. En voici quelques extraits :

- **Marion H (MH) : « Les taux d'AM sont certes plus élevés à La Réunion qu'en France, mais ne sont tout de même pas dans les objectifs attendus. Pourquoi ? »**

- Laurence P (LP) : « Beaucoup de mamans ont arrêté l'AM car il y a eu un boum des PMI, qui proposaient du lait maternisé, et on a constaté une diminution de la mortalité des nourrissons concomitante. Alors les femmes sont venues en masse faire suivre leurs enfants et en échange de ce suivi médical elles récupéraient en quelque sorte le lait maternisé, il y en a donc beaucoup qui ont alors arrêté d'allaiter. C'est la thèse du Dr Marie-Anne Allorent qui à l'époque à montrer cela ».

« [...] Cela a plus été lié au développement du suivi médical, car en 1951 le taux de morti-natalité à La Réunion était de 15 pour 1000 et ce taux a radicalement descendu grâce au suivi médical. Mais le mauvais côté de la force c'est que comme il y avait un suivi et qu'on donnait aux mamans du lait en poudre, elles arrêtaient d'allaiter. En plus dans les maternités on ne les incitait pas à l'AM. Ça a d'autant plus pris que c'était des mamans de milieu modeste ».

- **MH : « Pourquoi a-t-on des taux d'AM plus élevés à La Réunion ? »**

- LP : « Ce qui fait qu'on ait maintenant un taux d'AM plus élevé à La Réunion qu'ailleurs c'est qu'à partir du début des années 2000 il y a eu un certain nombre d'institutions, et on le doit surtout aux cadres de santé, où il y a eu des initiatives individuelles qui ont fait un petit effet boule de neige. Il y eu un certain nombre de pédiatres et de cadres qui ont fait la promotion de l'AM, ils ont invité un certain nombre de professionnels connus comme Marie Thirion (pédiatre, spécialiste de l'AM et du sommeil des nourrissons, référence mondiale) à venir régulièrement dans les écoles de l'île pendant 20 ans, bref des gens connus dans le milieu de l'AM avec beaucoup de formations organisées là-dessus. Tout ça a eu un impact très fort sur les soignants qui ont fait le relais sur le terrain et on fait une excellente formation aux mères ».

« Et moi, dès le début des années 2000 j'ai commencé à intervenir à l'école de sage-femme de La Réunion, et ce pendant plus de 20 ans, je connais bien Marie Thirion, et nos actions aux unes (parce qu'on était que des femmes) et aux autres se complétaient, et également les interventions pendant des années de Bernadette De Gasquet (pédiatre travaillant également dans l'AM). Toutes les sages-femmes en formation à l'époque et maintenant professionnalisées ont reçu ces formations par moi, par Marie Thirion et par Bernadette De Gasquet, donc un ensemble d'enseignements qui ont eu un fort impact ».

« Rendez-vous compte, sur plus de 20 ans, avoir 3 professionnelles impliquées dans l'AM, comme nous, venues former des générations les unes après les autres, dans les écoles de SF et d'IDE, cela commence à faire un paquet de monde formé et sensibilisé à ça en 20 ans ».

- **MH : « Pourquoi cet engouement ne s'est pas produit en métropole ?**

- LP : « La politique de ces différentes actions a été menée aussi en métropole, mais du fait de la géographie du territoire, elle a été diluée. On a fait ça principalement dans les grandes villes, ce qui complique l'homogénéité et la diffusion des bonnes pratiques, alors qu'ici le côté insulaire fait qu'on est concentré et moins dispersé. Plusieurs professionnels sont intervenus et surtout longtemps ici, le message a eu le temps de s'imprégner. Marie Thirion plus de 20 ans, moi pareil, aussi dans les écoles d'IDE en plus des SF, Bernadette également. Ça a eu un impact certain ressenti pour les professionnels sur le terrain ».

- **MH : « Quand on demande aux patientes réunionnaises pourquoi elles allaitent plus ici qu'en métropole, certaines disent que c'est parce que la nudité est plus facile ici en raison de la chaleur. Qu'en est-il ? »**

- LP : « C'est pas vrai du tout, c'est le contraire. Il y a un rapport à la pudeur plus important à La Réunion qu'en métropole, allaiter en public est encore un souci à La Réunion alors qu'en métropole ça pose quasiment plus de problème. Le rapport à la pudeur n'est pas un avantage. J'ai assisté à plusieurs réunions de la leache league à La Réunion et ça fait partie des choses dites systématiquement, c'est très très compliqué à cause des représentations liées à la pudeur. Y'a encore un sacré boulot à faire pour que ça change ».

- **MH : « Il y a donc des représentations différentes de l'AM à La Réunion par rapport à la métropole ? »**

- LP : « Oui, enfin pas spécifiquement à La Réunion car se sont des choses qui ont existé en métropole jusqu'à la fin des années 1940 et que l'on retrouve dans plusieurs endroits du monde. Dans mes ouvrages, je pars de ces représentations spécifiques à l'AM pour montrer comment ça, conjugué à l'action des PMI, a fait que les femmes en sont venues à refuser l'AM de leur enfant (dans l'article « AM en marge »). Mais cela change et l'AM est en train de reprendre très sérieusement ».

« Il faut que les médecins partent des représentations des patientes pour arriver à entrer dans leur monde et promouvoir l'AM de façon à ce que cela ait du sens pour elles (cf bouquin « Grossesse et petite enfance en société créole » où il y a tout un chapitre sur l'AM environ une cinquantaine de pages). On ne parle pas de la Femme réunionnaise en général, ça ne veut rien dire « la femme réunionnaise » comme un seul Homme, surtout au vu de la pluri-culturalité de l'île. Il faut se remettre à l'échelle de l'individu, son vécu, son histoire familiale et sa culture, tout cela donnera ses représentations propres à chacune. Il n'y a donc pas de règle applicable à toutes ».

- **MH : « Il y a-t-il des savoirs populaires propres à La Réunion ? »**

- LP : « Oui, type collier de bouchons en liège pour stopper la lactation, des tisanes z'herbages pays en tout genre pour favoriser les montées de lait, pleins d'autres savoirs autour de l'AM recensés dans le bouquin dont j'ai précédemment parlé ».

- **MH : « Au fil de la lactation l'aspect du lait initialement gras et épais change pour devenir liquide et clair. Est-ce un frein à La Réunion vu que les Réunionnais sont particulièrement attachés au gras et au sucre ? »**

- LP : « Ça a été un frein, des femmes arrêtaient d'allaiter quand elles disaient que le « lait lé clair », et le peu qui continuaient, prenaient des compléments et des brèdes de tout genre pour épaissir le lait, elles changeaient leur alimentation. J'en fais également mention dans le bouquin ».

- **MH : « La question des « nénénes » : pratique freinant l'AM ? »**
- LP : « Non pas plus que les nourrices en France, et elles n'allaitaient pas forcément les enfants mais les élevaient. J'ai vu beaucoup de familles où la mère allaitait son enfant mais il était élevé par la nénéne ».
- **MH : « Les taux d'AM sont plus élevés à La Réunion, mais il y'a une augmentation importante de l'obésité et du diabète infantiles, alors que l'AM est connu pour faire diminuer ces comorbidités. Si on continue la promotion de l'AM, pensez-vous que ces taux pourront diminuer ? »**
- LP : « Non car je pense que ce n'est pas lié du tout, je pense que le problème de l'obésité à la Réunion est lié principalement à l'arrivée de la grande distribution, à la publicité et l'industrie. Tout a été fait pour inciter le plus de gens à consommer le plus de produits sucrés. Vous le savez sûrement mais les yaourts et les boissons gazeuses pour ne citer qu'eux sont plus sucrés à la Réunion comparé à la métropole. On a transformé tous les enfants en addict au sucre, ça n'a rien à voir avec l'AM mais au mode de consommation ».
- **MH : « Je ne parviens pas à trouver des données chiffrées pour la durée de l'AM à La Réunion à 3, 6 ou 9 mois, nous n'avons que les pourcentages à la maternité. Savez-vous où puis je les trouver ? »**
- LP : « Dans l'absolu c'est les pédiatres qui voient si l'AM tient dans la durée et dans le temps, c'est eux qui auront les chiffres ».
- **MH : « Où trouver d'autres renseignements sur l'AM à La Réunion ? »**
- LP : « Voici l'ensemble des travaux traitant de cette problématique à la Réunion et ce seront les seuls existant sur le sujet :
 - Livre « *l'allaitement en marge* », article « refus d'allaitement »
 - Mémoire de DEA d'Estelle Carde
 - *L'encyclopédie familiale réunionnaise*
 - Thèse de Marie-Anne Allorent
 - 2002. *Grossesse, naissance et petite enfance en société créole*. Laurence Pourchez »

V - Discussion

L'intérêt de ce sujet de recherche provient du constat d'un décalage entre les recommandations officielles (1), et la réalité des chiffres concernant l'initiation et la durée de l'allaitement maternel en France et à La Réunion (30).

Le médecin généraliste étant le choix de premier recours des familles, il paraissait pertinent de s'intéresser à sa situation vis-à-vis de l'allaitement maternel. En prenant en compte le contexte réunionnais, il s'agissait d'analyser tout ce qui gravitait autour de cette thématique pour cet intervenant, et de savoir dans quelle mesure ce thème de l'AM l'intéressait.

1 - Forces de l'étude

- Le focus group est une technique d'entretien de groupe, un « Groupe d'expression ». Il permet de collecter des informations sur un sujet ciblé. Il fait partie des techniques d'enquêtes qualitatives par opposition aux enquêtes quantitatives reposant sur des statistiques.

Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Cela permet également d'identifier la complexité des représentations et des interactions comportementales, aussi bien personnelle que via la dynamique de groupe.

Par ailleurs, le focus group sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur.

In fine, le choix de ce type de méthodologie apparaît ici comme original, car à notre connaissance, le sujet de l'allaitement maternel n'avait jamais été étudié par le moyen de focus group à la Réunion. Cette méthodologie a été choisie dans l'objectif de mettre en évidence des éléments nouveaux et/ou non encore identifiés et/ou propres à La Réunion.

- Une triangulation des données réalisée par Dr Guillaume plaisantin, directeur de thèse, a permis de dégager exactement la même analyse des thèmes que j'avais au préalable. Ceci a été fait en aveugle dans la mesure où chacun avait le verbatim à analyser seul, et ensuite les données ont été confrontées.

- Je ne suis pas intervenue lors des focus group, hormis pour les salutations et les remerciements.

2 - Limites de l'étude

Néanmoins, ce travail peut comporter de nombreux biais méthodologiques :

- *Biais de recrutement*

Les focus group se sont déroulés grâce à l'organisation d'un congrès de pédiatrie. La santé de l'enfant suscite donc déjà la convoitise des médecins généralistes participants.

- *Biais de volontariat*

De plus, les médecins ayant accepté de prendre part aux focus group sont peut-être déjà intéressés par le sujet de l'allaitement. Et ce pas seulement en tant que médecin, pour preuve, un des médecins de l'éducation nationale à préciser « *je suis plus là en tant que maman* ». Ils sont donc déjà peut-être les plus sensibilisés, et impliqués sur le thème de l'allaitement maternel.

- *Biais d'investigation*

Certains participants me connaissaient personnellement. Ils savaient donc que j'étais une femme allaitante et cernaient mon amour du sujet. N'ayant pas pris part aux entretiens, je n'ai pas influencé la conduite des focus group mais j'étais présente dans la pièce, en retrait. Je n'affichais aucune réaction à leurs commentaires pour une relative neutralité, plongée dans ma prise de notes.

- *Biais de subjectivité*

Mon dévouement à la thématique n'aura j'espère pas eu d'impact. Il n'est cependant pas impossible que pour l'analyse des résultats, mon interprétation des propos a pu manquer d'impartialité.

- Donnée manquante de la population étudiée

Dans l'intérêt de l'objectif secondaire, il aurait peut-être été intéressant de demander aux médecins leurs croyances religieuses, leurs origines ethniques et culturelles. Cela aurait sûrement constitué un élément probant pour expliquer les différences de discours et de représentation de l'AM. Néanmoins, il semblait maladroit d'un point de vue éthique et déontologique de demander ces informations à mes confrères.

- Nombre de focus décidés a priori

En raison de la crise sanitaire, surtout au vu des nombreuses conditions restreignant les regroupements à la fin de l'année 2020, le nombre de focus group a dû être fixé a priori. Nous avons profité de l'organisation du premier événement médical de grande ampleur à La Réunion, depuis le Grand Confinement, pour élaborer les groupes. De ce fait il n'y a pas de preuve que nous ayons pu atteindre une saturation des données. Néanmoins, puisque le deuxième focus group n'a pas fait apparaître d'élément absent du premier groupe, et que les éléments identifiés couvrent les éléments que l'on retrouve dans la littérature, on peut estimer qu'en pratique une probable saturation des données a malgré tout été atteinte.

A noter, la mise en place des focus group à l'heure de la pause déjeuner a peut être limité le temps de parole imparti aux participants, bien que chacun des focus group aient duré en moyenne 1h.

3 - Résultats principaux

Il y a une proportion majoritaire de médecins femmes dans nos deux focus group. Cela peut être représentatif de l'intérêt des médecins femmes pour les problématiques liées à l'enfant (36). Bien que très fortement féminine en apparence, notre population présente malgré tout les éléments de variances utiles à une exploration étendue des pratiques : tout âges, quelques hommes, pères ou non, femmes ayant des expériences positives ou négatives, à différentes époques, et des modes d'exercice différents, venant des quatre coins de l'île.

A - L'accompagnement mis en place en pratique par les médecins généralistes réunionnais.

- La perception du rôle de médecin généraliste dans l'accompagnement à l'allaitement maternel
- En matière d'accompagnement, **les médecins estiment qu'ils ont un rôle à jouer. Ils se veulent motivateurs et soutiens.** Comme beaucoup de problématiques en médecine générale, lorsqu'il s'agit du « pathologique » et s'ils estiment que cela dépasse leur champ de compétence, ils n'hésitent pas à réorienter les patientes vers d'autres aides.
- D'un commun accord, ils aident leurs patientes à choisir le mode d'allaitement du futur enfant, dans une relative neutralité, **revêtant un rôle de conseiller impartial au sein d'une décision partagée.**
- Afin d'exercer ces rôles, **les médecins généralistes ont à leur disposition plusieurs outils.**

Carl Rogers, psychologue humaniste américain écrit : *« Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si » (37).*

Les Médecins généralistes excellent dans l'art d'appliquer l'empathie auprès de leurs patientes. Aussi, les médecins généralistes n'hésitent pas à valoriser leurs patientes et les complimenter tout au long de leur aventure lactée. De façon unanime, ils adoptent une attitude de non culpabilisation, et de non jugement. En effet, tous déculpabilisent la femme lorsqu'elle ne parvient pas à mener à bien son projet d'allaitement ou même lorsqu'elle fait le choix d'un allaitement artificiel. L'allaitement étant vu comme un comportement à encourager, les médecins généralistes utilisent les techniques de l'entretien motivationnel, et prônent l'écoute active.

- Malgré une relative impartialité, **les médecins se sentent tout de même influents dans la décision des familles pour l'AM.** D'autres travaux le mettent en évidence (38).

Grâce à la relation de confiance instaurée, étant le médecin de famille, le médecin généraliste a selon lui une place privilégiée, aidé par la relation médecin patient préexistante et solide.

- **Le moment d'aborder la thématique de l'allaitement semble présenter des disparités.** Il n'y a pas de consensus établi. Le Pr Turck (1) suggère dans son rapport de généraliser l'entretien prénatal individuel du 4^{ème} mois, et d'en consacrer une partie aux informations sur l'allaitement. Il évoque qu'à la sortie de la maternité, il faudrait proposer une consultation d'allaitement par un professionnel de santé formé, consultation remboursée à 100 %.

Pour les médecins généralistes réunionnais, beaucoup choisissent d'aborder ce sujet pendant la grossesse, mais à un moment aléatoire et n'étant pas clairement défini. D'autres privilégient d'initier ou de revenir sur le sujet dans le post-partum. D'autres médecins initient ou reviennent sur le sujet à d'autres occasions, comme par exemple lors de la vaccination du nourrisson ou les examens mammaires. Un seul médecin du groupe se questionne sur la nécessité d'aborder le sujet en pré-conceptionnel, dans le parcours du couple à la procréation, inquiet d'un échappement du suivi par la suite.

A dire vrai, une étude a montré que le moment où les femmes choisissent le mode alimentaire du futur enfant, se situait avant la grossesse pour 2/3 des femmes qui allaitent. De même, 3/4 des femmes qui avaient choisi l'allaitement artificiel ont fait ce choix avant la grossesse (3).

C'est surtout les médecins qui abordent le sujet, les patientes ne le font a priori pas spontanément. Cela ne reflète pas les études faites en France métropolitaine, où les patientes abordent plus facilement le sujet d'elles-mêmes (39)(40)(41).

- **Les médecins paraissent convaincus de l'intérêt à défendre l'allaitement maternel comme élément de santé publique,** au même titre que le diabète ou l'obésité. Pourtant, un seul médecin généraliste de cette étude paraît alarmiste sur l'état actuel des choses.
- *Les freins d'un accompagnement optimal pour le médecin généraliste*
- Les médecins de notre étude mettent en exergue un **manque flagrant de formation médicale initiale des médecins généralistes.** Et ce, quel que soit leur âge, leur profil, et leur parcours professionnel (tous n'ont pas été formés à la Réunion). Ce constat est malheureusement le même en Hexagone, et ailleurs dans le monde (42)(43).

- En 2004, le concours de l'internat est remplacé par l'ECN, l'examen classant national. Le programme à maîtriser couvre 362 items. Seuls 2 concernent l'AM :

L'item 24 : Allaitement et complications

L'item 34 : Alimentation et besoins nutritionnels de l'enfant.

Chaque facultés organisent ses enseignements. Ainsi, comme le rappelle le « Plan d'action allaitement maternel » établi en 2010, (1) **il est nécessaire d'améliorer la formation des professionnels de santé encadrant l'allaitement.** Le but étant pour eux de soutenir les femmes qui allaitent et leur entourage afin de participer efficacement à la promotion de l'allaitement maternel. Cela passe notamment par la mise en place d'un comité national de l'allaitement (CNA). Le CNA a pour but de mettre à disposition des professionnels de santé des contenus en rapport avec l'actualité, les dernières recommandations et référentiels de l'HAS concernant l'allaitement maternel.

Dans le « plan d'action allaitement maternel » il est bien précisé que :

« le CNA aura pour charge l'élaboration d'un standard minimal de connaissances sur l'allaitement destiné aux étudiants en médecine, dont 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 Spécialisées de médecine générale (DES) »

A priori, pour l'instant, aucune formation n'a encore été mise en place (44). Même à l'échelle internationale, les omnipraticiens estiment la formation de base en matière d'AM insuffisante (45).

Singulièrement, **les internes en médecine générale réunionnais ne se sentaient pas à l'aise avec les problèmes d'allaitement pour 76,5 % d'entre eux** (46) . Ils sont majoritairement demandeurs d'une formation complémentaire, au même titre que les généralistes installés ou remplaçants. Celle-ci leur paraît essentielle pour leur permettre de participer efficacement à la promotion et au soutien de l'allaitement maternel et d'accompagner le couple mère-enfant dans l'allaitement.

- **Des formations spécifiques sont proposées**, comme le DIULHAM ou le Diplôme International de Consultant en Lactation (IBCLC), mais ces formations sont payantes, onéreuses et l'accès en est limité (candidatures sur dossier).

- **Lors des discussions, les médecins de l'étude insistent peu sur les motifs de consultations sur le thème de l'AM.**

Est-ce le signe d'un manque d'expérience clinique et de compétences ? Probablement que le temps imparti par le focus group ne laissait pas la place à cette problématique également. Aussi, cette question n'a pas été explicitement demandée. Toutefois, les médecins affirment s'intéresser à l'observation d'une tétée, ainsi qu'à la position de l'allaitement.

- **Les médecins généralistes réunionnais mobilisent en faveur de l'allaitement maternel un certain nombre de compétences.** Ces dernières s'inscrivent dans la définition européenne de la médecine générale par la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA). Il s'agit de l'approche globale centrée sur le patient, la coordination et la continuité des soins, le rôle dans la santé publique (47).

Ce constat renforce l'idée que la prise en charge de l'allaitement maternel entre bien dans le cadre des missions du médecin généraliste. Cependant, ils estiment manquer de certaines compétences techniques et se retrouvent rapidement limités dans leur prise en charge s'ils n'ont pas la formation adaptée, ou une expérience personnelle comme support. C'est pourquoi ils aiguillent assez rapidement la dyade mère enfant vers d'autres professionnels.

• *La place du généraliste dans le réseau pluridisciplinaire*

- **Les médecins généralistes réunionnais, au même titre que leurs confrères au niveau national (48)(39)(40)(41) ont le sentiment d'être souvent exclus du parcours de soin du nourrisson.**

En effet, ils décrivent un échappement du suivi se situant globalement entre la fin du 2^{ème} trimestre et les premières semaines de vie du nouveau-né. Pendant cette période, d'autres professionnels santé prendraient le pas sur le généraliste, tel que les gynécologues, les pédiatres et les sages-femmes.

Comme cité par un médecin de l'étude, cela laisse donc « *peu de place* » au généraliste concernant la discussion sur l'allaitement maternel.

- Dans son rapport, le Pr Turck (1) évoque l'intérêt d'une consultation systématique entre J8 - J15 exclusivement dédiée à l'allaitement, avec une nomenclature spécifique et des professionnels de santé formés, remboursée à 100 %. Celle-ci serait en supplément de la consultation du 8^{ème} jour déjà obligatoire, déjà faite plus ou moins par certains généralistes. Le but est vraiment d'avoir un temps dédié au couple mère enfant, portant exclusivement sur l'allaitement. Cela permettrait en effet de diminuer la période d'échappement regrettée par certains médecins généralistes.

- Les médecins généralistes seraient parfois exclus du parcours de soins du nourrisson, à double reprise. D'abord, du choix des mères comme professionnels de premiers recours. Ces dernières penseraient qu'ils n'ont pas les compétences requises en matière d'AM. Ce n'est pas un résultat retrouvé dans cette recherche, les mères n'ayant pas fait l'objet de cette étude. Mais ceci est retrouvé dans la littérature (38). **Les médecins quant à eux estiment au contraire être LE professionnel de premier recours. Mais il ressort de notre étude que les médecins se sentent en revanche exclus par les autres professionnels.** Certains affirment que la communication avec la sage-femme est établie dans un respect mutuel et un échange constant dans certains quartiers, tandis que d'autres estiment être totalement exclus par elle. Pourtant, une étude américaine suggère que la coordination des professionnels de santé au sein d'interventions en faveur de l'allaitement maternel augmente le taux de celui-ci (49).

- Les médecins généralistes ne semblent malgré tout pas rancuniers, car à La Réunion **la sage-femme est le premier corps de métier vers lequel ils s'adressent en cas de difficultés liées à l'AM.** Il y a vraiment une place prépondérante et communément admise de la sage-femme. Par ailleurs, les associations de soutien à l'allaitement sont régulièrement citées. Ce sont des alternatives régulièrement proposées, même si celles-ci ne semblent pas augmenter les taux d'allaitement (50).

- En ce qui concerne le secteur d'activité, au niveau national, il n'y pas de différence selon que le médecin exerce en zone urbaine ou semi-urbaine. En revanche, le fait d'exercer en campagne semble avoir une influence négative sur le taux d'initiation de l'allaitement ($p=0,03$) (39). On pourrait penser que cela ne se vérifie pas à la Réunion. En effet il a été cité, lors de la mention de l'AM long, que cela concernait le plus souvent « la patientèle des hauts ».

B - Raisons pour lesquelles cet accompagnement est établi de la sorte.

- *L'indispensable vécu personnel et la place centrale de l'autoformation*

- **Il s'agit là du thème majeur dégagé dans notre étude.**

L'expérience personnelle des médecins généralistes transparait à travers de chacun des thèmes de notre recherche. Cela est vrai pour les médecins généralistes réunionnais, et par extension aux médecins de l'hexagone (41)(40), mais également aux médecins exerçant ailleurs dans le monde (51)(52).

Chez les internes réunionnais, la parentalité était associée significativement au fait d'être à l'aise avec l'allaitement maternel. La parentalité était également associée à des connaissances justes en matière d'allaitement maternel (46).

- **Pour illustrer leurs propos, les médecins réunionnais s'appuient facilement sur leur vécu sans qu'on leurs ait explicitement demandé de le faire. Lorsque nous leurs demandons clairement si leur expérience personnelle a eu une influence sur leur pratique, ils sont unanimes : *OUI*.**

Cela serait bien là la seule ressource qu'ils possèdent pour accompagner les femmes dans leur allaitement, tout en s'inscrivant dans un rôle de professionnel de santé. Et c'est bien cela qui semble déranger.

En effet, ils ne sont pas à l'aise avec l'idée que c'est leur vécu qui constitue leur seule base de données, ces professionnels étant formés à l'Evidence-Based Medicine (EBM). Le médecin dépasse sa position scientifique et intègre avant tout sa propre dimension personnelle : attitude peu commune pour ce professionnel.

- **Il est démontré que le positionnement notamment affectif et intellectuel qu'a un professionnel vis à vis d'une problématique n'est pas sans impact sur sa performance dans ce domaine (8) .** Sur ce point, l'AM en est le parfait étayage. On retrouve ici ainsi dans la littérature que leur expérience personnelle (ou celle de leur conjointe pour les hommes) a en général une influence positive sur leur capacité à promouvoir et soutenir l'AM.

- **Toutefois, rassurons-nous sur le fait que l'accompagnement basé sur l'expérience personnelle des médecins n'est pas tout à fait empirique.**

En effet, pour réussir leur propre allaitement les médecins ont usé et abusé de leur esprit rationnel pour aller rechercher les informations, « screener » la littérature, les livres, les supports, les associations.

Ils ont nécessairement dû agrémenter leurs connaissances, et se sont basés sur des faits scientifiques, pour mener à bien leur propre aventure lactée. Ils ont expérimenté des savoirs théoriques, qu'ils ont mis en pratique. Pratique à laquelle ils attribuent la ressource de leurs savoirs, car pour citer un médecin de l'étude « *plus on le vit (ndlr l'allaitement) avec difficultés, plus nous aurons de conseils à donner* ». Forts de cette expérience, ils l'a restituent au titre de professionnel de santé (52).

L'autoformation mise au service de leur expérience personnelle est donc la base de l'accompagnement proposé par les médecins généralistes. Celle-ci s'enrichie de la résolution des difficultés rencontrées personnellement. Le médecin généraliste retransmet ce savoir, tel un vecteur d'apprentissage.

- A contrario, le risque est donc qu'en cas d'expérience personnelle négative, les médecins peuvent être amenés inconsciemment à moins soutenir l'AM, et ce malgré une tentative formelle d'impartialité.
- **Entre la population des médecins ayant réussi leur allaitement et ceux en ayant une mauvaise expérience, les participants sont d'accord pour affirmer que cela engendre sûrement des différences dans leurs prises en charge.**

Et c'est là qu'intervient toute l'importance d'une formation solide des professionnels, afin de pouvoir uniformiser les pratiques. Le but étant d'amener l'ensemble des omnipraticiens à une homogénéité dans leurs savoirs faire. Mais est-ce vraiment réalisable dans un domaine tel que le comportement complexe d'allaiter, avec toutes ses intrications sociales, anthropologiques et culturelles ?

- Pour finir, les médecins généralistes réunionnais estiment que **le genre du médecin joue un rôle néfaste dans l'accompagnement à l'allaitement.** Être un médecin homme est associé à un facteur d'impact négatif dans le soutien à l'allaitement maternel. Dans la littérature, cette supposition a été étudiée, et le genre ne semble pas influencer l'accompagnement de l'allaitement maternel.

L'expérience personnelle du médecin généraliste (que ce soit la sienne propre pour les médecins généralistes femmes ou de la conjointe du médecin généraliste homme) influence les connaissances et l'intérêt porté à l'allaitement maternel. Les comparaisons selon le sexe et l'âge du médecin généraliste n'ont pas montré de différences significatives (39). Seule une étude australienne admet le sexe du médecin comme un variant de la prise en charge en matière d'allaitement (51).

- Les représentations du médecin généraliste sur le thème de l'allaitement maternel

- **La représentation que les médecins généralistes réunionnais se font de l'AM est empli de connotations positives.**

De façon unanime, ils ne manquent pas de dépeindre l'AM comme naturel, sain, pratique, économique et comme l'alimentation de premier choix. L'allaitement artificiel est présenté comme un choix par défaut, presque vu comme un échec ou intervenant à un moment où les mères baissent les bras.

L'allaitement maternel est vu comme bénéfique, tant d'un point de vue physiologique, que sur la puissance du lien mère enfant qu'il semble inscrire à jamais. Pour autant, nous observons dans cette recherche que les médecins ne semblent pas prendre le temps d'en faire un tel exposé aux patients.

- Probablement qu'ils y font mention dans leurs consultations, à titre d'éclaireur pour le choix de la maman. **Mais aucun n'a spontanément décrit l'argumentaire qu'il présente aux patientes.** Il est fort possible que la méthodologie du focus group, dans le temps imparti d'une pause déjeuner, n'ait pas permis cette précision.

Des travaux similaires sur le sujet mettent en évidence que les médecins prennent le temps de cet argumentaire en consultation (41).

A contrario, d'autres études montrent que c'est globalement peu abordé lorsque le suivi de grossesse est assuré par le généraliste. Mais est-ce le signe d'un désintérêt ou un manque de sensibilisation et d'information sur l'allaitement ?

En 2006, la HAS a publié des recommandations sur les informations à donner aux femmes enceintes, ainsi que leurs conditions de délivrance. Ces recommandations concernent tous les professionnels impliqués en périnatalité et permettent notamment d'harmoniser les pratiques entre les professionnels au sein du réseau de périnatalité, pour un meilleur soutien à l'AM (39)(53).

- Dans notre recherche, il n'y a cependant **pas de discussion autour de la durée estimée optimale d'un AM selon les médecins généralistes**, dans leurs propres représentations personnelles. L'allaitement long n'est pas défini, et l'AM allant de 1 à 4 ans a fait l'objet de moqueries. Pourtant, dans le champ des recommandations de l'OMS, l'AM est « préconisé jusqu'à 2 ans et plus selon le souhait des mères ». C'est ce dernier encart, induisant des AM pouvant être longs, qui ne semble a priori pas intégré dans l'esprit des médecins, au contraire de nos voisins d'Europe du Nord allaitant dans la durée.
- Par ailleurs, les médecins sont d'accord pour dire qu'un **allaitement réussi est nécessairement un allaitement accompagné et soutenu**. C'est un comportement leurs apparaissant difficile à mener seule. Bien que qualifié de « naturel » par plusieurs participants, il n'en n'est cependant pas instinctif et doit être accompagné, *conditio sine qua non* de sa réussite. Pour les médecins, sans aide, l'allaitement est voué à l'échec. **Leur rôle d'accompagnateur paraît donc indispensable, voire CAPITAL**. Et pourtant ils manquent de connaissances pour cela, point que nous aborderons ultérieurement.
- Fait marquant, c'est que tous les médecins agrémentent leurs discours, leurs avis et **représentations en se basant sur leurs expériences personnelles**. Elles ne sont que peu reliées à leur condition de professionnel de santé. La représentation « *est une forme de connaissance qui se constitue à partir de notre expérience mais aussi des informations, savoirs, modèles de pensée que nous recevons et transmettons par la tradition, l'éducation, la communication sociale* » cite Moscovi (54).
- *In fine*, dans le cas de notre étude il apparaît que ce sont les **représentations personnelles sur la place du médecin et sur l'allaitement qui aboutissent à construire le rôle professionnel qu'ils assurent sur le thème de l'AM**.
- Malgré l'émulation que semble susciter l'AM auprès des médecins, **il en est tout de même une minorité qui le qualifie de « fatigant »**. Des études montrent que l'AM modifie le sommeil maternel de façon positive, avec une plongée plus rapide en sommeil profond induit par la Prolactine. La durée du sommeil profond, dit sommeil récupérateur, est multipliée par 3 en cas d'allaitement nocturne et de sommeil partagé, mais les éveils instantanés sont plus faciles (55). En dépit de ces adaptations physiologiques, **l'allaitement EST VÉCU comme fatigant par la majorité des mères**, perception partagée par certains médecins. Les représentations négatives de

l'acte d'allaiter (fatigue, nécessite une grande volonté) s'opposent aux représentations positives de l'allaitement maternel en tant qu'alimentation bénéfique.

Ces aspects négatifs apparaissent comme un moteur positif pour les médecins qui se sentent l'obligation morale de soutenir les mères allaitantes. Leur maxime est la suivante :

Allaiter c'est bien, mais c'est dur, donc il faut du soutien : c'est le rôle du médecin

- Les caractéristiques sociales de l'allaitement maternel perçues par le médecin généraliste

- Dans leurs discours, les médecins réunionnais évoquent **l'influence de toute une sphère sociale** comme facteur déterminant de l'initiation et de la poursuite de l'AM.

- D'abord, **être jeune et primipare sont des critères identifiés à la Réunion comme étant des facteurs de fragilité**. Ceci est confirmé par plusieurs études au niveau national. Par ailleurs, le **séjour en maternité** apparaît également comme un moment déterminant de la poursuite d'un AM (56)(7)(48).

- Parmi d'autres facteurs, sont cités **l'implication de l'entourage**, qui aurait à la Réunion plutôt une influence négative, empreinte de jugements.

Pourtant, ces facteurs sont décrits dans la littérature comme étant aidants si l'entourage se positionne comme un soutien. Cela permettrait un maintien de l'allaitement au-delà de 3-4 mois (4) (cf. Annexe 4 : Facteurs d'influence de l'allaitement maternel)

- Néanmoins, les médecins du groupe constatent **un changement dans les normes culturelles réunionnaises**. L'AM apparaît comme un comportement, inconnu auparavant, et devenant fréquent et naturel désormais.

- Un autre facteur ayant son importance est **la place du père dans l'AM**. Des études ont mis en évidence que les mères lui attribuent un rôle d'accompagnant et de soutien, pouvant parfois intervenir dans la décision d'allaiter (57). Pour les médecins généralistes, le père semble avoir un rôle de soutien et une place prépondérante « *il faut le père dans l'allaitement* ». Mais ce thème revient très peu dans leurs discours.

- Les mères se soucient donc de l'opinion de leur entourage familial et amical, de l'avis de leur médecin, et également de ce qu'elles ont vu dans des revues, des livres, ou des réseaux sociaux. Il n'est pas toujours facile de concilier ces différents avis, qui peuvent

diverger et laisser les femmes dans l'incertitude. Elles suivront alors les conseils qui leur auront semblé les plus convaincants, ou les subiront.

La diversité de ces conseils traduit celle des représentations dans la société française contemporaine, des fois ressentie **comme une pression sociale et une normalisation (58)**.

- Dans notre étude, il y a un thème qui a beaucoup préoccupé nos médecins : c'est celui du travail. **La reprise du travail est communément admise par le groupe comme étant un frein à la prolongation de l'AM**. Le sevrage leur semble important lors de la reprise d'une activité, sinon, il faut utiliser le tire-lait. Cette pratique est mitigée. Certains médecins disent ne pas l'avoir apprécié, et d'autres mettent en avant leurs expériences personnelles de réussite. Ils ne se réfèrent pas vraiment au vécu de leurs patientes, mais utilisent le leur comme base de réponse. Les médecins ne sont pas responsables des taux d'AM insuffisants, cela serait plutôt la faute aux politiques de santé ?

Par ailleurs, aucun médecin n'a précisé informer les patientes de ses droits au travail. En effet, il existe une législation en matière d'allaitement dans le Code du travail.

Les femmes disposent d'une heure, qu'elles scindent selon leur envie, pour tirer le lait sur leur lieu de travail ou elles peuvent aller allaiter leur enfant, de façon quotidienne. En France, ce droit est prévu pour la première année de vie de l'enfant uniquement. Les entreprises employant plus de 100 femmes doivent disposer d'un local pour tirer, et des moyens de réfrigération du lait tiré. Certaines conventions collectives propres aux entreprises peuvent améliorer ces conditions (59).

En France, il n'existe pas d'allongement du congé maternité pour allaiter, ni même de congés spécifiques à l'allaitement. Pourtant dans le groupe, un médecin évoque à plusieurs reprises qu'il existe des congés allaitement tellement cela lui semblerait être un droit normal, alors qu'il n'en est rien. Et aucun des participants n'y réagit, laissant supposer que tous trouveraient cela normal.

Le fait que les médecins généralistes n'abordent pas le sujet de l'allaitement au travail peut s'expliquer. En effet, il fait face à la difficulté de maîtriser toute la législation sociale touchant à la santé, complexe et en changement perpétuel. Cela ne lui paraît pas faire partie de sa mission.

Cependant, les médecins paraissent convaincus que l'allongement du congé maternité permettrait un allongement de la durée de l'AM, tout comme le préconise le Pr Turck dans son rapport (1).

- Autre fait identifié dans cette recherche, c'est que **les médecins contestent le lobbying autour du lait maternisé**. Ils soulignent l'effet délétère que peuvent avoir les campagnes publicitaires, pratique allant à l'encontre du code international de commercialisation des substituts du lait maternel (60). Ce Code a été voté en 1981 par l'OMS, il est destiné aux gouvernements afin de régler la promotion et la vente de tout substitut de lait maternel mais aussi des tétines et des biberons. Il interdit toute publicité envers le grand public ou les professionnels. Il n'est pourtant pas respecté en France. Pourtant, nous savons que les laboratoires ne sont pas sans influence sur les prescriptions des médecins (61).

4 - Objectif secondaire : Identifier l'existence de particularités locales conduisant à des taux d'allaitement plus élevés.

- Dans l'esprit des médecins, **la Réunion apparaît comme une bulle dorée pour vivre une histoire lactée.** En effet, ils ont le sentiment que l'AM est perçu comme normal sur l'île et qu'il est culturellement mieux accepté. Certains avancent un argument de pudeur avec peut-être plus de liberté corporelle et un vécu de l'intime différent liée à nos climats tropicaux. *A contrario*, le Pr Laurence Pourchez affirme que dans la culture réunionnaise, la pudeur est encore plus marquée qu'en métropole.

- **La transmission des savoirs par une proximité géographique plus facile** est un argument avancé. Cela n'est pas sans rappeler le « *modèle populaire, comme une affaire de famille* » décrit par Dr Gojard (58). Il est également avancé un argument économique, la Réunion se trouvant dans une situation précaire. Pourtant, ce ne sont pas ces classes sociales qui allaitent le plus (7).

- **Le Pr Laurence Pourchez tranche, en estimant que c'est l'insularité qui explique des taux d'allaitement sensiblement plus élevés.**

Effectivement, à une époque où l'allaitement est revenu sur le devant des objectifs de santé, plusieurs professionnels de l'AM sont venus former les futures générations de sages-femmes, sur une période très longue (>20ans). Cela serait donc la preuve que des politiques de santé activement bien menées peuvent faire la preuve de leur efficacité, bien que les taux d'AM ne soient néanmoins pas dans les objectifs attendus au niveau mondial. En Hexagone, les politiques de santé ne sont concentrées que dans les grandes villes, diluant ainsi le savoir sur le territoire. L'île de la Réunion a donc cet avantage.

- En définitive, les données recueillies ici dans notre recherche n'apportent pas vraiment d'éléments concrets permettant d'identifier des particularités locales expliquant des taux d'AM plus élevés à La Réunion.

5 - Ouvertures

De ce travail de recherche, pourrait découler d'autres travaux. Par exemple, il serait intéressant dans cet accompagnement de changer de point de vue et de se situer à la place des femmes : **comment les Réunionnaises perçoivent-elles l'accompagnement proposé par les médecins généralistes en matière d'allaitement ?** (Cf. Annexe 3 : Le concept d'accompagnement). Il serait en effet intéressant de connaître leurs représentations et leurs freins, toujours dans l'optique de mettre en place des politiques de santé adaptées à la logique du territoire.

Par ailleurs, nous sommes séduit par l'idée d'évaluer l'effet d'un conseil minimal à l'AM. Au même titre que le conseil minimal au tabac, le principe serait de motiver le comportement d'allaiter. La question serait posée au 4^{ème} mois de grossesse (comme préconisé par le Pr Turck (1)) et serait la suivante : « Prévoyez-vous d'allaiter au sein ? »

→ *Si oui*, informer la patiente qu'en tant que médecin généraliste nous pouvons l'accompagner.

→ *Si non*, s'assurer qu'elle ait une information loyale et appropriée sur les divers bienfaits de l'AM et tenter d'identifier les facteurs de fragilité qui feront qu'une attention particulière devra être portée à la patiente.

Pour les deux groupes de patientes et une fois l'enfant né, il s'agira d'identifier les facteurs d'arrêt précoce et revoir la patiente de façon très rapprochée s'il y en avait. Il peut être fait par exemple le LATCH score, test en général fait en maternité et prédictif d'un arrêt précoce et corrélé à la durée d'AM. Il reprend cinq items : la succion (latch), le bruit de la déglutition, le type de mamelon, le confort de la mère au niveau des seins et des mamelons et enfin la position (cf. Annexe 5 : Le LATCH score).

VI – Conclusion

L'allaitement maternel présente une multitude de bénéfices, aussi bien pour la santé de l'enfant que celle de sa mère, mais également pour la société. A ce titre, les politiques de santé recommandent l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois, et il peut être poursuivi jusqu'à 2 ans voire au-delà selon le souhait des mères. Pourtant, en France, nous faisons le constat de taux d'allaitement insuffisants. En effet, 70 % des nourrissons naissants reçoivent un allaitement maternel et ce chiffre diminue drastiquement à 18 % à 6 mois, ce qui est loin des objectifs attendus. L'OMS et l'HAS en ont pourtant fait une finalité de santé publique, c'est aussi l'un des desseins spécifiques à l'enfant du PNNS.

Acteur de première ligne et recours initial des familles, le médecin généraliste a un rôle à jouer dans l'allaitement maternel. Nous avons cherché à explorer quel est l'accompagnement proposé par les médecins généralistes en matière d'allaitement maternel, dans le contexte réunionnais. Ceci en étudiant leurs représentations et leurs intérêts via la réalisation de focus group. Les taux d'allaitement étant sensiblement plus élevés sur l'île de La Réunion (78 vs 70% à la naissance), notre objectif secondaire consistait à identifier l'existence de particularités locales expliquant ces taux. Les données de notre recherche sont sensiblement les mêmes que les éléments déjà identifiés dans la littérature. Finalement, l'approche originale du focus group n'aura pas permis de mettre en évidence de faits nouveaux mais viens confirmer des données existantes, en les nuanciant tout de même. Ces données ont le mérite d'être vues à travers une nouvelle optique et dans un nouveau territoire qu'est l'île de La Réunion.

Les médecins généralistes réunionnais ont une vision positive de l'allaitement maternel, le décrivant comme sain, naturel, et favorisant le lien mère enfant. Ce sont principalement leurs représentations personnelles sur l'allaitement qui aboutissent à construire le rôle professionnel qu'ils assurent sur ce thème. Rôle qu'ils estiment principalement comme motivateur et soutenant dans le projet d'allaitement des patientes. La relation médecin-patient et les outils de communication sont mis au service de la dyade mère enfant. Le choix d'allaiter ou pas est tantôt influencé, tantôt accompagné, mais toujours respecté par les médecins. C'est une décision partagée. Choisir d'allaiter est pour la femme en définitive une décision personnelle, au cœur d'un ensemble d'influences et de représentations complexes. Pour les médecins, sans aide, l'allaitement est voué à l'échec. Leur rôle d'accompagnateur apparait donc indispensable, voire CAPITAL.

L'autoformation mise au service de leur expérience personnelle constitue la base théorique et pratique de l'accompagnement proposé par les médecins généralistes. Celle-ci s'enrichit de la résolution des difficultés rencontrées à titre personnel. Le médecin généraliste retransmet ce savoir, tel un vecteur d'apprentissage. Un vécu de l'allaitement (de soi ou du partenaire) apparaît comme la principale source de connaissance et de développement des compétences en matière d'allaitement. Ce vécu est intimement lié à une amélioration des savoirs, à des attitudes plus positives et à une plus grande confiance en eux lorsque les médecins l'ont expérimenté eux même.

Ce savoir-faire, certes résultant d'un vécu personnel, prend malgré-tout ses fondements dans les données de la science récoltées par les médecins de façon autodidacte. Ils se sont renseignés et documentés pour mener à bien leur propre allaitement. Et plus l'augmentation de l'expérience cumulative de l'allaitement est importante, plus la confiance et l'efficacité perçue dans l'aide proposée aux femmes augmentent proportionnellement. Fort de ses acquis, le médecin apparaît *in fine* comme un facilitateur d'apprentissage.

Au sein du réseau de la périnatalité, les médecins ressentent un certain sentiment d'exclusion, mais *a contrario* ils semblent se sentir assez vite dépassés et passent la main rapidement. Ils rapportent un manque de connaissance, limitant leur capacité d'intervention notamment en cas de difficultés techniques de l'allaitement.

Enfin, à La Réunion les taux d'allaitement maternel sont plus élevés, sans que notre travail permette d'en apporter une réelle explication. Cependant, si l'on en croit les travaux du Pr Laurence Pourchez, sociologue nous ayant éclairé dans notre étude, cela serait a priori lié au contexte insulaire du territoire. La diffusion de formations efficaces, sur une longue période et restreinte géographiquement sans dilution et sans fuite des savoirs, expliquerait des taux d'allaitement maternel sensiblement plus élevés. La Réunion est-elle la preuve que des politiques de santé repensées et appliquées efficacement pourraient améliorer la situation de l'allaitement maternel en France ?

« L'enfant ne demande que trois choses : la chaleur des bras de sa mère, le lait de ses seins, et la sécurité de sa présence. L'allaitement réunit les trois »

Dr Gantly Dick Read.

VII - Références bibliographiques

1. Pr Dominique Turck, Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel , "Plan d'action: Allaitement maternel", Juin 2010, Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf
2. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, cinquante quatrième assemblée mondiale de la santé WHA54.2, 18 mai 2001, Disponible sur: https://www.who.int/nutrition/topics/WHA54.2_iycn_fr.pdf
3. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations pour la pratique clinique. Mai 2002, Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf
4. Benoît Salanave, Catherine Delaunay, Julie Boudet-Berquier, Katia Castetbon, Durée de l'allaitement maternel en France, étude EPIPHANE 2012-2013, Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°27 du 7 octobre 2014.
5. Annick Vilain, Deux nouveaux nés sur trois sont allaités à la naissance, Etudes et résultats Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques (DRESS), n°958, avril 2016, Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/62513/1/er958.pdf>
6. Annick Vilain, Le premier certificat de santé de l'enfant-certificat au 8^e jour (CS8)-2016, Document de travail série source et méthodes, DRESS, décembre 2018, Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt68-sources_et_methodes.pdf
7. Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. 1 mai 2009;22(3):112-20.
8. Prudhomme-Laurens L. Enquête sur les connaissances et pratiques professionnelles à propos de l'allaitement maternel au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux. 18 juin 2019;118.
9. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 15 août 2012;(8):CD003517.
10. Kramer, Kakuma, The optimal duration of exclusive breastfeeding, a systematic review, department of nutrition for health and development, WHA, 2002, Disponible sur: https://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_review_eng.pdf

11. Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA, Clark A, Florey CD. Protective effect of breast feeding against infection. *BMJ*. 6 janv 1990;300(6716):11-6.
12. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, Martines J, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. déc 2015;104(467):3-13.
13. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*. 24 janv 2001;285(4):413-20.
14. Kramer MS. Maternal antigen avoidance during lactation for preventing atopic disease in infants of women at high risk. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD000132.
15. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. oct 1999;70(4):525-35.
16. Dietz WH. Breastfeeding may help prevent childhood overweight. *JAMA*. 16 mai 2001;285(19):2506-7.
17. Owen CG, Whincup PH, Odoki K, Gilg JA, Cook DG. Infant feeding and blood cholesterol: a study in adolescents and a systematic review. *Pediatrics*. sept 2002;110(3):597-608.
18. Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*. juill 2011;128(1):103-10.
19. 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*. 20 juill 2002;360(9328):187-95.
20. Sung HK, Ma SH, Choi J-Y, Hwang Y, Ahn C, Kim B-G, et 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*. nov 2016;49(6):349-66.
21. Debiais F. Conséquences osseuses de la grossesse et de l'allaitement. *Revue du Rhumatisme Monographies*. 1 févr 2021;88(1):46-52.
22. Kalkwarf HJ, Specker BL. Bone mineral loss during lactation and recovery after weaning. *Obstet Gynecol*. juill 1995;86(1):26-32.

23. Grainge MJ, Coupland CA, Cliffe SJ, Chilvers CE, Hosking DJ. Reproductive, menstrual and menopausal factors: which are associated with bone mineral density in early postmenopausal women? *Osteoporos Int.* 2001;12(9):777-87.
24. Sowers M, Randolph J, Shapiro B, Jannausch M. A prospective study of bone density and pregnancy after an extended period of lactation with bone loss. *Obstet Gynecol.* févr 1995;85(2):285-9.
25. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* déc 2015;104(467):96-113.
26. Baker JL, Michaelsen KF, Sørensen TIA, Rasmussen KM. High prepregnant body mass index is associated with early termination of full and any breastfeeding in Danish women. *Am J Clin Nutr.* août 2007;86(2):404-11.
27. Janney CA, Zhang D, Sowers M. Lactation and weight retention. *Am J Clin Nutr.* nov 1997;66(5):1116-24.
28. Bobrow KL, Quigley MA, Green J, Reeves GK, Beral V, Million Women Study Collaborators. Persistent effects of women's parity and breastfeeding patterns on their body mass index: results from the Million Women Study. *Int J Obes (Lond).* mai 2013;37(5):712-7.
29. Stuebe AM, Rich-Edwards JW, Willett WC, Manson JE, Michels KB. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *JAMA.* 23 nov 2005;294(20):2601-10.
30. Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Thierry X, Wagner S, Nicklaus S, and Co, Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et de l'accouchement. Résultats de l'enquête ELFE maternité, France métropolitaine, 2011, Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°7, 7 octobre 2014. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2014/27/2014_27_1.html
31. Gisele Laviolle, impacte économique et environnemental de l'allaitement artificiel, site internet santé et allaitement maternel, 2003, Disponible sur: https://www.santeallaitementmaternel.com/se_former/appreghender_enjeux/enjeux_generaux/allaitement_artificiel.php
32. Labbok MH. Effects of breastfeeding on the mother. *Pediatr Clin North Am.* févr 2001;48(1):143-58.

33. Weimer JP. The Economic Benefits of Breastfeeding: A Review and Analysis. :18.
34. Stuebe, A. M. et al - An online Calculator to estimate the impact of changes in breastfeeding rates on population health and costs USBC: calculator, *Breastfeeding Medicine*, 2017, Disponible sur: <http://www.usbreastfeeding.org/p/cm/ld/fid=438>
35. Hamada H, Chala S, Barkat A, Lakhdar A. Évaluation de l'effet du travail sur la pratique de l'allaitement maternel. *Archives de Pédiatrie*. 1 août 2017;24(8):720-7.
36. Gindt-Ducros, Agnès. « Chapitre 11. Médecine de l'Éducation nationale : médecine de femme ? médecine dominée ? », Hélène Buisson-Fenet éd., École des filles, école des femmes. L'institution scolaire face aux parcours, normes et rôles professionnels sexués. De Boeck Supérieur, 2017, pp. 175-191. Disponible sur: <https://www.cairn.info/ecole-des-filles-ecole-des-femmes--9782807305670-page-175.htm>
37. Simon, Edith, Processus de conceptualisation d'« empathie », *Recherches en soins infirmiers*, vol.98, no.3, 2009, pp.28-31. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-3-page-28.htm#no4>
38. Baudoin R, Le médecin généraliste: un recours pour les mères en cas de difficultés au cours de leur allaitement maternel? - Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine, Université de Poitiers, 3 novembre 2016, Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/ec195779-5c9c-4f1d-a5f7-3526076231bc>
39. Gaisnon S, Déterminants de l'allaitement maternel et place du médecin généraliste dans la promotion et la poursuite de l'allaitement, Thèse pour le doctorat en médecine, Université de Rouen, 19 septembre 2017, Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01598296/document>
40. Rubé Million D, Sosiewicz Lengsavath C, Allaitement maternel: représentations de médecins généralistes du CHER et du LOIRET, Thèse pour le doctorat en médecine, Université d'Orléans –Tours, 14 mars 2013, disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_RubeMillonDelphine.pdf Biologie cellulaire. :50.
41. Zeitoun Wertel R, Allaitement maternel: comment les médecins généralistes se positionnent ils ? Etude qualitative auprès de 17 médecins généralistes de l'Oise. *Médecine humaine et pathologie*. 2015, Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01277794/document>

42. Auclair M, Evaluation de la formation des médecins libéraux à l'allaitement maternel, Thèse pour le doctorat en médecine, Université d'Angers, le 14 février 2018, Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20070694/2018MCEM8497/fichier/8497F.pdf>
43. Holtzman O, Usherwood T. Australian general practitioners' knowledge, attitudes and practices towards breastfeeding. *PLoS One*. 2018;13(2):e0191854.
44. Bellenger É. État des lieux des compétences des futurs médecins généralistes dans la prise en charge et l'accompagnement de l'allaitement maternel, Médecine humaine et pathologie, 2015 <dumas-01253205>
45. Svendby HR, Løland BF, Omtvedt M, Holmsen ST, Lagerløv P. Norwegian general practitioners' knowledge and beliefs about breastfeeding, and their self-rated ability as breastfeeding counsellor. *Scand J Prim Health Care*. juin 2016;34(2):122-9.
46. Comoza A. L'accompagnement des femmes allaitantes en consultation de médecine générale par les internes formés à l'île de La Réunion, Thèse pour le doctorat en médecine, Université de la Réunion, 14 avr 2020, <dumas-02648242>
47. Allen DJ, Heyrman PJ. et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille, World family Doctor caring for people (WONCA) , 2002, Disponible sur: http://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf
48. Aubert C. Déterminants des difficultés d'allaitement maternel à six mois: analyse post-hoc d'une étude de cohorte prospective multicentrique, mémoire de sage-femme, 2019, <dumas02281540>
49. Hoddinott P, Pill R, Chalmers M. Health professionals, implementation and outcomes: reflections on a complex intervention to improve breastfeeding rates in primary care. *Fam Pract*. févr 2007;24(1):84-91.
50. Hoddinott P, Britten J, Prescott GJ, Tappin D, Ludbrook A, Godden DJ. Effectiveness of policy to provide breastfeeding groups (BIG) for pregnant and breastfeeding mothers in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 30 janv 2009;338:a3026.
51. Brodribb WE, Jackson C, Fallon AB, Hegney D. Gender and personal breastfeeding experience of rural GP registrars in Australia--a qualitative study of their effect on breastfeeding attitudes and knowledge. *Rural Remote Health*. sept 2007;7(3):737.
52. Brodribb W, Fallon A, Jackson C, Hegney D. The relationship between personal breastfeeding experience and the breastfeeding attitudes, knowledge, confidence and effectiveness of Australian GP registrars. *Matern Child Nutr*. oct 2008;4(4):264-74.

53. Haute autorité de santé (HAS) Favoriser l'allaitement maternel Processus - évaluation, Juin 2006, Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/doc.chem.al_22-11-07.pdf
54. Isambert F-A. Moscovici Serge, La psychanalyse, son image et son public. Revue française de sociologie. 1961;2(4):328-30.
55. DM Blyton, CE Sullivan, N Edwards, J Sleep Res, lactation is associated with an increase in slow-wave sleep in women. 2002 ; 11(4) : 297 - 303, doi: 10.1046/j.1365-2869.2002.00315.x. PMID: 12464097.
56. Branger B, Cebron M, Picherot G, de Cornulier M. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. Archives de Pédiatrie. 1 mai 1998;5(5):489-96.
57. Razurel C, Les représentations de l'allaitement dans la relation patientes/sages-femmes. Recherche en soins infirmiers. 1 mars 2003;(n° 72):121-- 144.
58. Gojard S. L'allaitement, une norme sociale. Spirale. 2003;no 27(3):133-7.
59. Sous-section 5 : Dispositions particulières à l'allaitement. (Articles L1225-30 à L1225-33) - Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006195594/>
60. World Health Organization. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Genève: Organisation mondiale de la santé; 1981.
61. Petits cadeaux : influence souvent inconsciente mais prouvée, Revue Prescrire 2011 ; 31 (335) : 694-696. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/fr/3/31/47081/0/NewsDetails.aspx>

VIII - Annexes

ANNEXE 1 : Questionnaire remis aux médecins

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDECINS

➤ Numéro de chaise :

Remplissez et cochez les cases SVP

- Genre : Masculin Féminin Age :
- Adresse email :@..... Lieu d'exercice :
- Vous êtes : Remplaçant Installé Si installé, année ? :
- Type d'exercice : Rural Seul Semi rural En groupe urbain
- Avez-vous travaillé en milieu hospitalier auparavant ? oui non
- Avez-vous exercé en métropole ? oui non
- Etes-vous maître de stage : oui Non
- Quelle proportion de votre activité représente la pédiatrie et le suivi de grossesse ?
Minime la moitié de la patientèle la majeure partie de la patientèle
- Avez-vous des formations complémentaires en pédiatrie ou gynécologie? Oui non
- Avez-vous participé d'une façon quelconque à une ou plusieurs sessions de FMC sur l'allaitement maternel ? oui non
- Quelles est la proportion d'enfants allaités dans votre patientèle :
Importante faible je ne sais pas
- Avez-vous eu des enseignements sur l'allaitement maternel au cours de votre formation initiale ?
oui non je ne sais plus
- Avez-vous des enfants ? oui non Nombre :.....
Si oui, les avez-vous (ou votre compagne) allaités ? oui non
Combien de temps en moyenne?.....
- Avez-vous été allaité(e) vous-même dans votre petite enfance?
Oui non je ne sais pas
- Pensez-vous que faire évoluer notre formation avec une formation plus approfondie pendant les études médicales/pendant l'internat/lors de formations continue/ spécifiques sur le sujet pourrait améliorer l'initiation et/ou la durée de l'allaitement maternel ?
Oui non je ne sais pas
- Seriez-vous intéressé(e) par une FMC sur ce sujet ? oui non je ne sais pas
- A la Réunion, Avez-vous identifiés ou avez-vous connaissance de spécificités concernant l'allaitement Maternel ? oui non
(Si oui, je vous poserai une question plus précise par mail)
- Donnez 3 mots caractérisant, selon vous, l'allaitement maternel.....

MERCI BEAUCOUP POUR VOTRE PARTICIPATION !

ANNEXE 2 : Guide d'entretien pour les focus group

Discours d'introduction du focus group

Aujourd'hui nous réalisons cet entretien collectif, appelé aussi focus group, dans le but de connaître votre situation en tant que médecin généraliste face à l'allaitement maternel à l'île de la Réunion. Plus précisément, on s'intéressera à vos représentations, votre vécu, vos pratiques dans l'accompagnement et le soutien à l'allaitement maternel.

L'entretien sera filmé afin d'en faire a posteriori une analyse très précise. La retranscription des discussions sera entièrement anonymisée et les vidéos et audios seront ensuite détruits après analyse.

De ce fait, nous vous invitons donc à vous exprimer librement sur le sujet et sans tabous. Nous allons vous poser des questions où nous rechercherons vos points de vue, toutes les idées sont intéressantes et même, je dirais surtout, celles qui sont divergentes.

Par ailleurs, veuillez aussi à respecter la parole de chacun en intervenant chacun votre tour. A environ 5 minutes de la fin, nous vous distribuerons une fiche d'information à remplir et nous remettre avant de quitter la salle, ainsi qu'un café. Vous recevrez le résultat de notre recherche sur la boîte mail que vous avez renseigné sur cette fiche.

Si besoin, rappel de la recherche :

- Question de recherche : « Quel est l'accompagnement proposé par les médecins généralistes en matière d'allaitement maternel à la Réunion »
- Objectif principal : Identifier les pratiques des médecins généralistes réunionnais en matière de soutien aux mères allaitantes ou désireuses d'allaiter
- Objectif secondaire : identifier l'existence de particularités locales expliquant des taux d'allaitement plus élevés

Canevas d'entretien

1. Que pensez-vous de l'allaitement maternel en général ?

Relances : d'un point de vue bio médical, social, culturel/ethnique/religieux, psychologique, personnel ? sein sexuel/sein nourricier ? Pudeur ?

2. Dans quelle mesure vous sentez-vous concerné par la promotion de l'allaitement maternel et son soutien ?

Relances : en quoi cela fait-il partie ou non, de votre rôle de médecin généraliste ? La relation médecin patient a-t-elle une influence ? pouvez-vous être un acteur déterminant dans l'initiation et/ou la durée de l'AM ?

3. Comment et à quelle occasion abordez-vous le thème de l'allaitement maternel avec vos patients ?

Relances : Qui prend l'initiative d'aborder la question : vous, la femme ? Dès la grossesse, dans le post partum ou attendez-vous qu'il y ait des problèmes pour en parler ?

4. Dans quelle mesure votre expérience personnelle (si vous en avez une) a-t-elle eu une influence sur votre pratique professionnelle ?

Relances : votre vécu personnel a-t-il un impact sur vos pratiques ? Dans quelle mesure ? impact positif ou négatif ?

5. Pensez-vous avoir les compétences requises pour accompagner une femme dans son aventure lactée ?

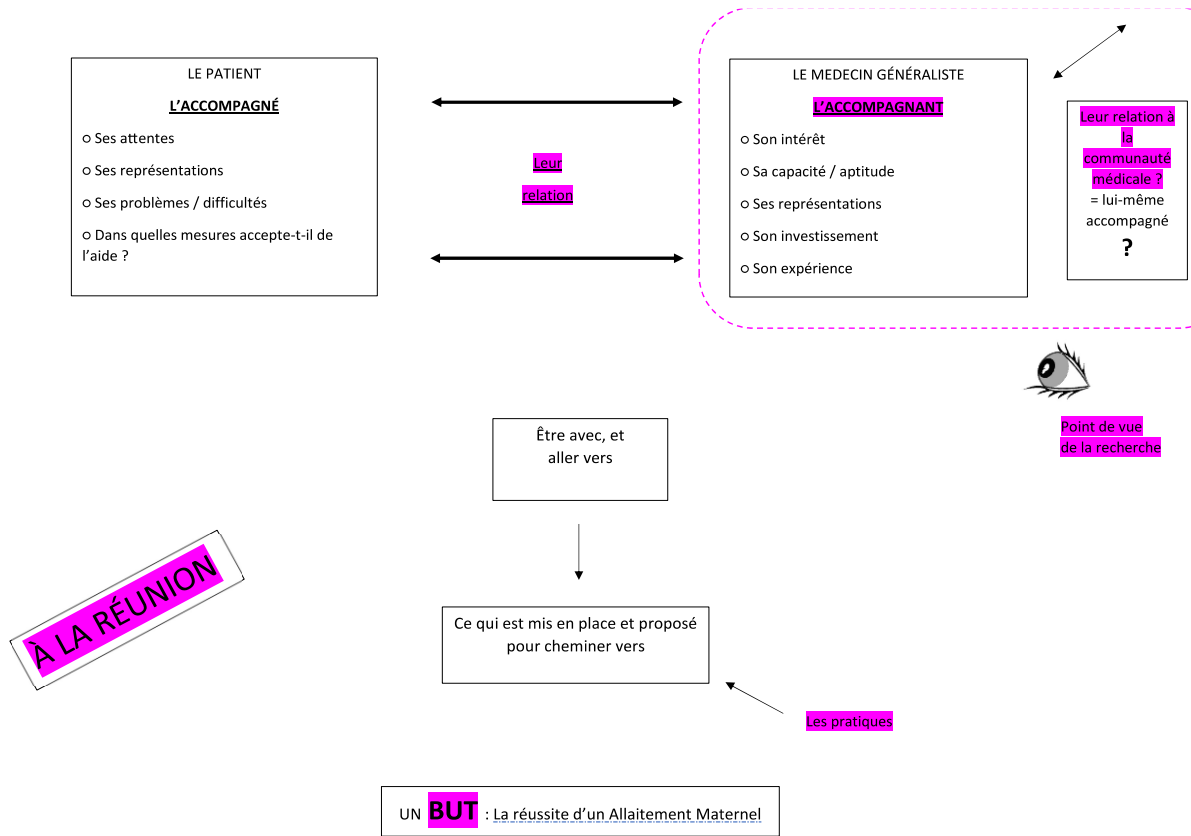
Relances : depuis son désir d'allaiter en passant par l'explication de la physiologie jusqu'aux complications de l'AM ou le sevrage ? si jumeaux, si insuffisance pondérale...

6. Savez-vous quand et à qui passer la main en cas de difficultés rencontrées dans le soutien à l'allaitement maternel ?

(distribution des fiches renseignements à ce moment-là)

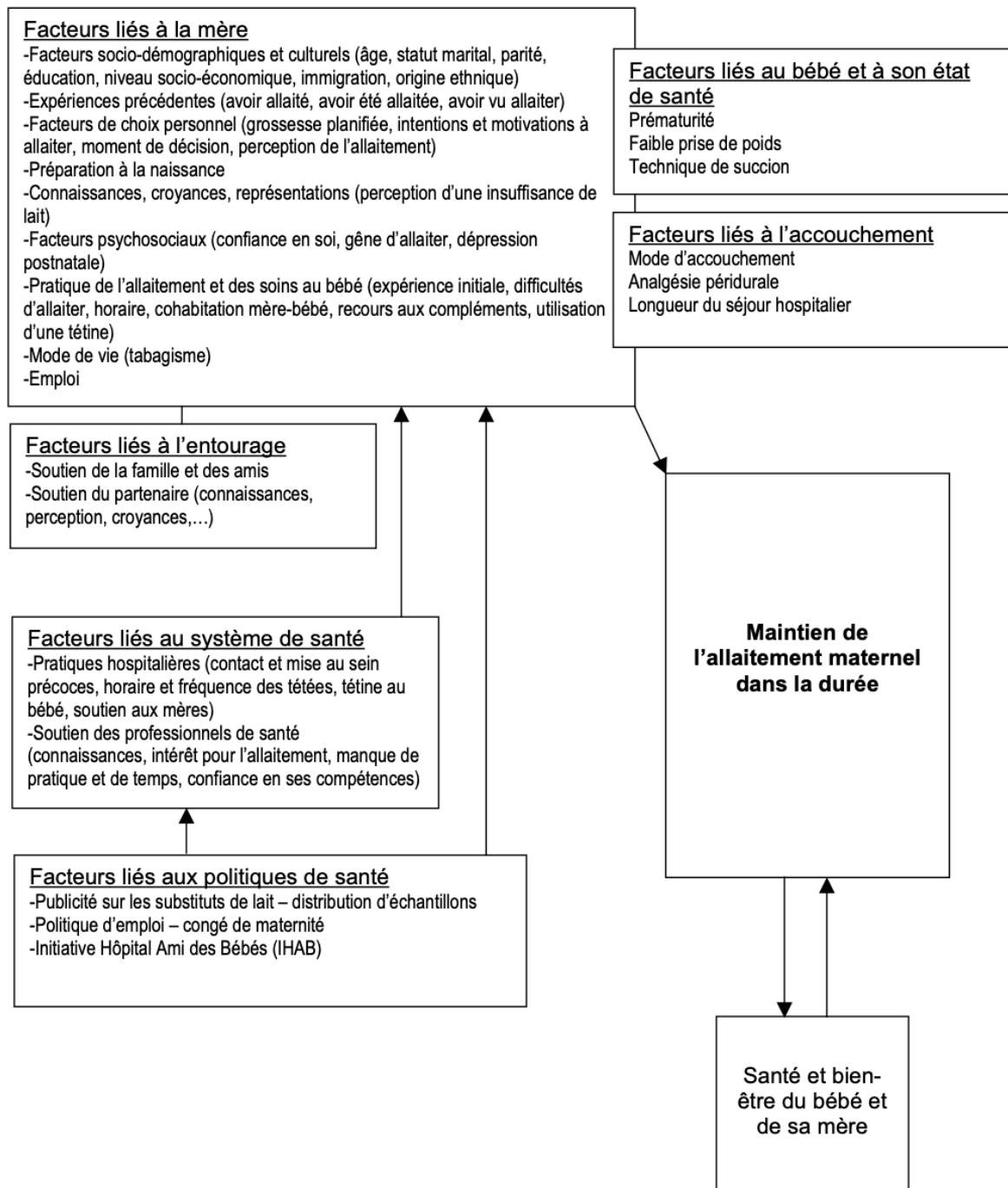
Laisser place à la discussion éventuellement

ANNEXE 3 : Le concept d'accompagnement



ANNEXE 4 : Facteurs d'influence de l'allaitement maternel

Le schéma suivant résume les différents facteurs en jeu dans le maintien par les mères de l'allaitement au-delà de 3 à 4 mois :



Source : Florence NOIRHOMME-RENARD, Maria-Isabel FARFAN-PORTET, Joëlle BERREWAERTS Unité RESO, Education pour la Santé, Faculté de Médecine, Université Catholique de Louvain, UCL- RESO Dossier technique 06-41.

ANNEXE 5 : Le LACT score

LATCH Breastfeeding Assessment

Jenson D, Wallace S, Kelsay P (1994). LATCH: A breastfeeding charting system and documentation tool. JOGNN,23(1):29.

	0	1	2	Totals
L Latch	Too sleepy or reluctant No sustained latch or suck achieved	Repeated attempts for sustained latch or suck Hold nipple in mouth Stimulate to suck	Grasps breast Tongue down Lips flanged Rhythmical sucking	
A Audible Swallowing	None	A few with stimulation	Spontaneous and intermittent (< 24 hours old) Spontaneous and frequent (> 24 hours old)	
T Type of Nipple	Inverted	Flat	Everted (After stimulation)	
D Comfort (Breast/nipple)	Engorged Cracked, bleeding, large blisters or bruises Severe discomfort	Filling Reddened/small blisters or bruises	Soft Non-tender	
H Hold (Positioning)	Full assist (Staff holds infant at breast)	Minimal assist (i.e., elevate head of head, place pillows for support) Teach one side, mother does other Staff holds and then mother takes over	No assist from staff Mother able to position and hold infant	

ANNEXE 6 : Les 12 recommandations de l' IHAB

Les critères relatifs aux nouveau-nés prématurés et/ou malades sont applicables aux services de maternité et de néonatalogie. L'icône * ne concerne que la néonatalogie.

1. Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille, formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique, qu'elles soient suivies ou non dans l'établissement. Informer les femmes enceintes hospitalisées à risque d'accouchement prématuré ou de naissance d'un enfant malade des bénéfices de l'allaitement et de la conduite de la lactation et de l'allaitement.
4. Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin. Pour le nouveau-né né avant 37 SA, il s'agit de maintenir une proximité maximale entre la mère et le nouveau-né, quand leur état médical le permet.
5. Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment mettre en route et entretenir la lactation, même si elles se trouvent séparées de leur nouveau-né ou s'il ne peut pas téter. Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur nouveau-né.
6. Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale. (* Privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire.)
7. Laisser le nouveau-né avec sa mère 24 heures sur 24. Favoriser la proximité de la mère et du bébé, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin.
8. Encourager l'alimentation « à la demande » de l'enfant.
(* Observer le comportement de l'enfant prématuré et/ou malade pour déterminer sa capacité à téter. Proposer des stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome.)
9. Pour les bébés allaités, réserver l'usage des biberons et des sucettes aux situations particulières.
10. Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés et leur adresser les mères dès leur sortie de l'établissement. Travailler en réseau.
11. Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
12. Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement.

ANNEXE 7 : Le Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

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

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

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

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

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

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

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

Que les Hommes et mes confrères/consœurs m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

L'accompagnement proposé par le médecin généraliste en matière d'allaitement maternel à l'île de la Réunion.

Introduction : L'OMS recommande un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie. Actuellement, moins de 70% des nouveaux nés sont allaités en France. Les taux sont à 78% sur l'île de la Réunion. L'objectif primaire est d'explorer l'accompagnement à l'allaitement maternel proposé par le Généraliste à l'île de La Réunion. L'objectif secondaire est d'identifier l'existence de particularités locales conduisant à des taux d'allaitement plus élevés.

Méthode : L'étude est qualitative, menée par 2 focus group. Le recrutement des médecins généralistes s'est fait par convenance à l'occasion du congrès de Pédiatrie de l'Océan Indien Edition 2020.

Résultats : Il y a eu 18 participants. La parentalité du médecin donne une expérience personnelle d'allaitement maternel. Elle s'enrichit par l'autoformation et la résolution des problèmes rencontrés, de façon proportionnelle. Les représentations des médecins résultent de ce vécu personnel et de l'influence de la société. Aidé par la relation médecin patient, ce vécu concède des compétences au généraliste. Motivateur et éclairer, il est un professionnel de confiance et de premier recours. Cette étude ne permet pas d'expliquer les taux d'allaitement plus élevés à la Réunion. Le Pr L.Pourchez émet l'hypothèse que cela serait dû au contexte insulaire et aux formations des professionnels de santé se voulant intenses et prolongées, menées en vase clos à la Réunion.

Conclusion : L'autoformation, d'abord mise au service de leur expérience personnelle, constitue la base théorique et pratique de l'accompagnement à l'allaitement maternel proposé par les médecins généralistes réunionnais.

Discipline : Médecine générale

Mots clés : Allaitement maternel, médecins généralistes, représentations, expérience personnelle, autoformation, rôle, île de la Réunion.

The support offered by the general practitioner in matters of breastfeeding on Reunion Island.

Introduction: WHO recommends exclusive breastfeeding for the first 6 months of life. Currently, less than 70% of newborns are breastfed in France. The rates are 78% on Reunion Island. The primary objective is to explore the support for breastfeeding offered by the GP on Reunion Island. The secondary objective is to identify the existence of local peculiarities leading to higher rates of breastfeeding.

Method: The study is qualitative, carried out by 2 focus groups. The recruitment of general practitioners was done by convenience during the Indian Ocean Pediatrics Congress 2020 Edition.

Results: There were 18 participants. Parenthood of the doctor gives a personal experience of breastfeeding. It is enriched by self-study and problem solving, in a proportional way. The representations of doctors are the result of this personal experience and the influence of society. Helped by the doctor-patient relationship, this experience gives the general practitioner skills. Motivator and scout, he is a trusted and first-rate professional. This study cannot explain the higher breastfeeding rates in Réunion. Prof. L. Pourchez hypothesizes that this would be due to the insular context and the training of health professionals, intended to be intense and prolonged, carried out in isolation in Réunion.

Conclusion: Self-training, first used by their personal experience, constitutes the theoretical and practical basis of breastfeeding support offered by general practitioners in Réunion.

Discipline: General Medicine

Keywords : Breastfeeding, general practitioners, representations, personal experience, self-training, role, Reunion Island.