

# FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2013

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

**Delphine Rubé Millon**

Née le 26 avril 1983 à Mont Saint Aignan (76)

et

**Catherine Sosiewicz Lengsavath**

Née le 21 décembre 1983 à Melun (77)

Présentée et soutenue publiquement le 14 mars 2013

**ALLAITEMENT MATERNEL :**

**REPRESENTATIONS DE MEDECINS GENERALISTES**

**DU CHER ET DU LOIRET**

**Jury**

Président de Jury : Monsieur le Professeur Alain Chantepie  
Membres du jury : Madame le Professeur Chantal Maurage  
Monsieur le Professeur François Labarthe  
Monsieur le Docteur Eric Drahi  
Monsieur le Docteur Alain Ichir

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

**Professeur Dominique PERROTIN**

**VICE-DOYEN**

Professeur Daniel ALISON

**ASSESEURS**

Professeur Christian ANDRES, Recherche  
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue  
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie  
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

**SECRETAIRE GENERALE**

Madame Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966  
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962  
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972  
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994  
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

**PROFESSEURS EMERITES**

Professeur Alain AUTRET  
Professeur Jean-Claude BESNARD  
Professeur Patrick CHOUTET  
Professeur Guy GINIES  
Professeur Olivier LE FLOCH  
Professeur Chantal MAURAGE  
Professeur Léandre POURCELOT  
Professeur Michel ROBERT  
Professeur Jean-Claude ROLLAND

**PROFESSEURS HONORAIRES**

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI  
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI  
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC  
J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN  
J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD  
Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE  
J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
MM.	BARON Christophe	Immunologie
	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

	LEMARIE Etienne	Pneumologie
MM.	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIÈRE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie Médecine Générale

### **PROFESSEURS ASSOCIES**

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mmes	ANGOULVANT Theodora	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
M	BOISSINOT Eric	Physiologie
	CORTESE Samuele	Pédopsychiatrie
	DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mmes	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
	EDER Véronique	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMAN Stephan	Réanimation médicale
Mmes	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication

Mme	GUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
M.	HOARAU Cyrille	Immunologie
M.	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
	MARUANI Annabel	Dermatologie
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

### **MAITRES DE CONFERENCES**

Mmes	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE**

Mmes	HUAS Caroline	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

### **CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM**

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

### **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

#### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

#### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

#### ***Pour l'Ethique Médicale***

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------	-----------------------

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.

## **REMERCIEMENTS**

**Remerciements communs de Delphine Rubé Millon  
et Catherine Sosiewicz Lengsavath**

**Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE  
Représentant du doyen auprès du DUMG  
Professeur des Universités Praticien Hospitalier,  
Pédiatrie**

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse. Nous vous sommes reconnaissant pour le travail accompli au sein du département de médecine générale de Tours. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

**Madame le Professeur Chantal Maurage  
Professeur émérite  
Pédiatrie**

Nous connaissons votre attachement pour le thème de l'allaitement maternel. Votre présence dans notre jury est un honneur. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

**Monsieur le Professeur François Labarthe  
Professeur des Universités Praticien Hospitalier,  
Pédiatrie**

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail en participant à notre jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

## Remerciements de Delphine Rubé Millon

### **Monsieur le Docteur Eric Drahi**

J'ai beaucoup apprécié votre expertise et vos conseils dans l'élaboration du protocole de recherche de ce travail de thèse. Je vous remercie d'avoir accepté de juger notre travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma considération.

### **Monsieur le Docteur Alain Ichir**

Alain, tu m'as fait découvrir la médecine générale centrée sur le patient, teintée d'humanité, de qualités décisionnelles et techniques. Tu m'as également ouvert l'esprit à l'indépendance de prescription et la formation. Je te remercie pour ta disponibilité, ton expertise et ton soutien dans la direction de cette thèse.

**Dr Cécile Renoux**, tutrice pendant mes années de DES de médecine générale. Merci pour tes conseils toujours très utiles, merci pour ta franchise et ta justesse. Merci pour ton investissement au sein du département de médecine générale. Bravo pour ta jeune et déjà brillante carrière.

Aux membres du département de médecine générale pour leur expertise et leur implication auprès des internes.

A Catherine, sans qui cette thèse n'aurait pu voir le jour et pour ton soutien à l'allaitement maternel...

A tous les médecins qui ont gentiment accepté de participer à cette thèse.

A mon mari, pour son Amour et son soutien inconditionnel depuis ces 8 ans de vie commune...Merci pour ton aide logistique dans l'élaboration du tableau et schéma de cette thèse.

A Erin, ma princesse qui a fait de moi une maman comblée et qui m'a fait vivre la formidable expérience de l'allaitement maternel.

A la petite graine inconnue qui grandit en moi...

A mes parents, vous avez toujours cru en moi depuis le début. Vous avez su me donner assez de confiance dans la vie pour toujours aller de l'avant et monter des montagnes. Je vous remercie pour tout votre soutien et toute votre aide tout au long de mes études. Je vous aime très fort.

A Antoine, sans qui, l'ambition de devenir médecin n'aurait pas été aussi forte. Tu es un moteur dans ma vie. Je te remercie pour cela.

A Thibault, mon p'tit cousin adoré.

A mamie Vidocq pour ta sagesse, ta patience et notre complicité.

A mamie Nova pour l'héritage du fort caractère.

A Evelyne, ma marraine qui a toujours les mots justes.  
A Michel et Sylvie, mes deuxièmes parents...  
A Amélie, ma « fausse cousine » préférée !

A papy, je pense à toi...  
A Pascal, tu étais et aurais été fier de moi.

A Isabelle, mon amie de toujours...

A mes maitres de stage ambulatoire Dr Bon Menet, Dr Gerrand, Dr Molimard. Vous m'avez vu grandir...

A Isabelle G pour son accueil lors de mon stage de premier niveau et pour l'amitié qui a suivi.

A Fred, pour ses bons petits plats, sa gentillesse et sa patience... Vive la pédagogie Montessori !

Aux membres du GLEAP, parce que nous formons une super équipe ! Et plus particulièrement aux copines Althéa, Cécile et Céline.

A mes amis de premier et deuxième cycles des études médicales : David, Hélène, Delphine T, Puce, PA, Audrey, Vincent, Thibault, Thomas, Anne Laure, Isabelle, Anne.

A Bérangère et Vincent C, mes jumeaux ! A Marc, résistant de mes années lycée...

A ma petite Cécile, parce que quoiqu'il arrive nous sommes toujours soudées... ma sœur adoptive...

A mes ch'tis préférés, Isabelle et Yoan.

A mes amis d'internat : Delphine R parce que ça se passe bien (!), Marie, Flo, Cathy, Laura.

Aux jeunes médecins berrichonnes : Elisabeth et Julie.

A mes copines du pavillon mère-enfant du CH de Bourges : Clara, Gaëlle, Julie, Alice, Cécile, Elodie, Nathalie, Amélie, Marion et les autres, parce que ce fut un honneur de travailler avec vous.

Un merci particulier à Christelle pour l'initiation à la promotion et au soutien à l'allaitement maternel.

Un merci spécial aux secrétaires de mon SASPAS : Véronique et Michelle.

Merci Peggy pour ton aide logistique et les bons moments que nous partageons avec nos deux familles.

A Marie P, sans qui l'aventure berrichonne et en région Centre n'aurait pas eu lieu...

Aux médecins que je remplace dans le Cher.

A tous les médecins qui ont participé à ma formation médicale initiale et continue, à tous les personnels paramédicaux, aux personnels administratifs, rencontrés lors de mes stages.

## **Remerciements de Catherine Sosiewicz Lengsavath**

### **Monsieur le Docteur Alain Ichir**

Merci d'avoir accepté de diriger notre travail de recherche. Merci pour tes conseils, ta patience, ton soutien tout au long de ces mois de travail.

### **Monsieur le Docteur Eric Drahi**

Merci d'avoir pris le temps de nous aider dans la rédaction de la fiche de thèse et d'avoir accepté de juger notre travail de fin d'études.

Pour ces deux stages réalisés à tes côtés, pour ton apprentissage d'une très belle vision de la relation médecin-patient, pour ta passion pour apprendre à tes étudiants l'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique, pour le goût d'une formation continue de qualité que tu as su développé en moi, tu as modelé ma façon de pratiquer et pour ça, je t'en remercie.

Au Dr Benoit Chaumont, maître de stage. Oui les routes ne sont pas toujours faciles pour venir jusqu'à vous, mais les deux stages à vos côtés ont été d'une grande richesse. Merci pour la chance qui m'a été donnée de travailler à vos côtés.

Aux médecins qui ont accepté de répondre à nos questions et sans qui cette thèse n'aurait pas pu exister. Merci.

A Mamy Hélène, tu es partie au début de ce travail de thèse, tu ne m'auras pas vu devenir Docteur.

A Gilles, Tonton. D'un coup tu es parti, tu n'auras pas vu la fin de mes études, toi qui était si fier de mes études de médecine. Je me plais à penser que malgré tout, tu veilles sur nous, de là où tu es.

A Delphine, pour ce sujet de thèse choisi autour d'un bon diner, un soir de septembre 2010, nous en serons venus à bout, malgré les difficultés qui se sont mises en travers de notre chemin.

A Nanouck, mon amour. Tu m'as fait devenir épouse heureuse et maman comblée, tu es le seul à supporter mon caractère de cochon.

Merci pour ce double bonheur que tu m'offres chaque jour. Merci pour le soutien logistique pendant la rédaction de cette thèse.

A ma Jolie Orchidée, ma Meilann, tu égaries mes journées, et illumines mes nuits. Tu m'as fait découvrir les joies de l'allaitement maternel, et sans toi ce sujet de thèse n'aurait pas germé dans mon esprit. Merci d'être ce petit bout de vie, qui nous ravit chaque jour davantage.

A Têtard, petit mystère qui grandit en moi.

A Maman, pour tout ce que tu m'as apporté tout au long de ma vie, pour m'avoir toujours poussé à donner le meilleur de moi-même dans mes études. Soit assurée de ma profonde affection. Je t'aime.

A Papa, tu n'as pas été présent pendant une partie de ma vie, il n'y a plus qu'à rattraper le temps perdu. Je me rappelle d'une lettre, où ayant appris ma réussite en première année, tu disais ta fierté d'avoir un médecin dans la famille, et bien maintenant tu as un docteur. Je t'aime.

A Nathalie, pour ces moments de complicité retrouvés, merci.

A Nikolai, Geoffrey et Valentin. Il n'a pas été facile de grandir seule fille entourée de trois mecs, mais on s'en est bien sorti non ?

A Caroline, « une amie c'est quelqu'un qui sait tout de nous et qui nous aime quand même. »

Pour cette amitié née sur les bancs de notre amphi de première année de médecine. Pour cet accompagnement sans faille, pour ces coups de téléphone à des heures impossibles. Merci pour tout. Quand est ce que je viens assister à ta soutenance ?

A Lorraine, Linda et Solène les copines. Pour les moments de joie et de rire, pour les échanges, pour les moments de détente et les soirées entre copines. Merci.

A Cathy. Parce que tu as su me soutenir à travers les épreuves qui ont jalonné cette rédaction, pour ton accueil chaleureux dans ta jolie région sud, merci.

A Stéphane, qui a fait naître en moi une vocation.

A toutes les personnes que j'ai croisées durant ma vie qui ont fait de moi la femme, la mère, l'amie, le médecin que je suis et que je deviendrais.

## DECLARATIONS DE LIENS D'INTERET

Je soussignée Delphine Rubé Millon,

Reconnais avoir reçu au cours de mon cursus médical des cadeaux de faible valeur (stylos, réglettes), des fiches de présentations de médicaments de la part de visiteurs médicaux, et avoir participé à des repas et congrès sponsorisés par les firmes pharmaceutiques.

J'ai reçu des échantillons de préparations pour nourrisson et d'autres cadeaux de faible valeur (stylos, bloc note, etc.) de la part des fabricants de ces préparations pour nourrissons.

J'ai exercé la fonction de présidente de GRACE IMG (Groupe Représentatif Autonomes du Centre pour les Internes en Médecine Générale) d'octobre 2009 à avril 2010. J'adhère au syndicat Reajgir Centre.

Je suis abonnée à la revue Prescrire et lecteur émérite 2012, et à la revue Exercer.

Conformément à l'article L 4113-13 du code de santé publique, je déclare n'avoir aucun lien avec des entreprises produisant ou exploitant des produits de santé ou organismes de conseil intervenant sur ces produits.

Je soussignée Catherine Sosiewicz Lengsavath,

Reconnais avoir reçu au cours de mon cursus médical des cadeaux de faible valeur (stylos, réglettes), des fiches de présentations de médicaments de la part de visiteurs médicaux, et avoir participé à des repas et congrès sponsorisés par les firmes pharmaceutiques.

J'ai reçu des échantillons de préparations pour nourrisson et d'autres cadeaux de faible valeur (stylos, bloc note, etc.) de la part des fabricants de ces préparations pour nourrissons.

Je suis abonnée à la revue Prescrire, et à la revue Médecine.

Conformément à l'article L 4113-13 du code de santé publique, je déclare n'avoir aucun lien avec des entreprises produisant ou exploitant des produits de santé ou organismes de conseil intervenant sur ces produits.

## **ABREVIATIONS**

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

HAS : Haute Autorité en Santé

D3 :DCEM3 / 3<sup>ème</sup> année du deuxième cycle des études médicales

PMI : Protection Maternelle et Infantile

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

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

EBM : Evidence-Based Medicine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ECOS : Epreuves Cliniques Objectives Structurées

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

FMC : Formation Médicale Continue

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>15</b>
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>16</b>
<u>I. Méthode et population</u> .....	<b>16</b>
<u>II. Les entretiens</u> .....	<b>16</b>
<u>III. Retranscription et analyse</u> .....	<b>17</b>
<b>RESULTATS</b> .....	<b>18</b>
<u>I. Caractéristiques de la population</u> .....	<b>18</b>
<u>II. Analyse des données</u> .....	<b>19</b>
II.1 Le savoir des médecins .....	19
II.2 Eléments personnels des médecins généralistes au service de la promotion et du soutien à l'allaitement maternel.....	21
II.3 Le savoir faire des médecins généralistes au service de l'allaitement maternel .....	22
II.4 La relation médecin-patiente .....	23
II.5 L'allaitement artificiel.....	24
II.6 L'apprentissage de l'allaitement maternel.....	25
II.7 Le ressenti des mères vu par les médecins .....	26
II.8 Les facteurs contextuels .....	27
<u>III Modélisation schématique des résultats</u> .....	<b>29</b>
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>31</b>
<u>I. La méthode</u> .....	<b>31</b>
<u>II. Les résultats</u> .....	<b>31</b>
<u>III. Identification des freins et moteurs à la promotion et au soutien à l'allaitement maternel</u> .....	<b>36</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>38</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>40</b>
<b>ANNEXE 1</b> .....	<b>43</b>
<b>ANNEXE 2</b> .....	<b>44</b>
<b>ANNEXE 3</b> .....	<b>45</b>
<b>ANNEXE 4</b> .....	<b>46</b>

## INTRODUCTION

Allaiter son enfant est un choix intime propre à chaque femme. Un choix sous l'influence de l'entourage, de la société, du corps médical et de multiples représentations personnelles et sociales. (1) Une fois choisi, et bien qu'il soit un geste naturel et ancestral, l'allaitement maternel nécessite un apprentissage, et ne coule pas toujours de source !

Les bienfaits de l'allaitement maternel pour l'enfant, la mère et la santé publique sont démontrés par de nombreuses études scientifiques. Il est recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé comme alimentation exclusive du nourrisson jusqu'à l'âge de six mois. (2) Cette recommandation est reprise en France en 2002 dans les recommandations de l'ANAES (3) et dans les Plan Nationaux Nutrition Santé successifs de 2005-2010 et 2011-2016. (4)

Le taux d'initiation et la durée d'allaitement maternel en France sont parmi les plus bas d'Europe. (5) A titre d'exemple, en 2000, les taux d'initiation de l'allaitement maternel étaient respectivement de 98% pour le Danemark et la Suède et de 99% pour la Norvège, et de seulement 69% pour la France. Le taux d'initiation de la région Centre est de 59%. Il est en dessous de la moyenne nationale. (6) Le rapport du Pr Turck « plan d'action : allaitement maternel » de juin 2010 formule des propositions pour augmenter le taux d'allaitement maternel en France. (7)

Ces dernières années ont vu un regain d'intérêt pour le thème de l'allaitement maternel, en particulier parmi les thèses de médecine et les mémoires de sage-femme. S'agit-il d'un effet de mode lié entre autre à la féminisation de la profession médicale ? Ou bien les dernières données scientifiques font-elles de l'allaitement maternel un véritable enjeu de santé publique ?

Nous n'avons pas échappé à la règle et nous nous sommes intéressées à l'allaitement maternel du point de vue de la médecine générale.

Quel regard porte le médecin généraliste sur cette pratique au carrefour de la science biomédicale, du lien psychologique et de la prévention ? Médecin dispensant des soins globaux et continus, il intègre dans ses prises en charge les dimensions physique, psychologique, sociale, communautaire et culturelle, mettant à profit la confiance engendrée par des contacts répétés, tout en veillant à favoriser l'autonomie du patient. De part ses compétences de soins de premiers recours, d'approche globale du patient, de coordination des soins et de rôle de santé publique, il semble être un professionnel de santé privilégié pour la promotion et le soutien de l'allaitement maternel.

Le but de notre étude fut donc d'identifier quelles étaient les représentations des médecins généralistes concernant l'allaitement maternel, afin dans un deuxième temps de dégager les freins et les moteurs à sa promotion et à son soutien.

## **MATERIEL ET METHODE**

### I. Méthode et population

La méthode choisie pour l'étude est une méthode qualitative par entretiens semi-dirigés individuels et collectif (focus group). Issue des sciences humaines, la recherche qualitative a pour objet d'étudier les représentations et les comportements des acteurs de santé. (8)

Le choix de deux méthodes qualitatives différentes permet une triangulation des données.

Le focus group permet un recueil d'un grand nombre de données en un temps réduit grâce à la dynamique de groupe. Les entretiens individuels permettent d'explorer au mieux les expériences et perceptions en rapport avec un sujet faisant référence à l'intime comme l'allaitement maternel. (9)

Pour cela, 23 médecins généralistes installés et remplaçants ont été interrogés : seize par entretiens individuels et sept lors d'un focus group.

Le critère d'inclusion était d'être médecin généraliste installé ou remplaçant dans les départements du Cher et du Loiret.

Le recrutement des médecins pour les entretiens semi-dirigés s'est fait par le biais des stages ambulatoires, des remplacements, des groupes de pairs et de formation médicale continue.

Le recrutement des médecins du focus group s'est fait à partir d'un groupe naturel existant : un groupe de pairs. Tous les médecins sollicités ont accepté de participer à l'étude.

Le focus group a eu lieu en avril 2012, chez un des membres du groupe de pairs. Les entretiens semi-dirigés se sont déroulés de juin à octobre 2012 soit au domicile des médecins, soit sur leur lieu de travail.

L'échantillonnage était raisonné, en veillant à une diversité des genres (équilibre homme/femme) et des exercices (en groupe ou seul, en milieu rural, urbain ou semi-rural). D'autres caractéristiques ont été relevées du fait de leur pertinence décrite dans la littérature : la tranche d'âge, l'expérience personnelle vis à vis de l'allaitement maternel (10), la formation initiale et continue à l'allaitement maternel (11)(12)(13). L'échantillonnage était multi-sites afin d'obtenir des résultats plus fiables et valides si ces résultats se vérifiaient dans deux contextes différents (les départements du Cher et du Loiret) mais comparables.

Le recueil des données s'est arrêté à la saturation des données.

### II. Les entretiens

Une première trame d'entretien a été réalisée pour le focus group, à partir d'une revue de la littérature sur le sujet et des hypothèses émises par les chercheuses. Elle a été modifiée de manière assez importante pour les entretiens semi-dirigés afin de récolter des informations plus en lien avec le vécu personnel. Cette trame a encore subi des modifications, moins importantes, au fur et à mesure des entretiens.

Les entretiens semi-dirigés ont été menés individuellement par chacune des chercheuses dans leur département de domiciliation. Le focus group a été modéré par

une chercheuse ayant plus l'expérience de l'animation et des focus group, et observé par l'autre chercheuse, ainsi que le directeur de thèse. Le double rôle occupé par les chercheuses (médecin et chercheur) a sûrement influencé la conduite des entretiens et la production des données. (14)(15)

### III. Retranscription et analyse

Les entretiens ont été intégralement enregistrés après avoir obtenu l'accord oral des participants au début de chaque entretien. Puis, les enregistrements ont été intégralement retranscrits. Il a été procédé à une suppression de l'identité des participants et un changement des noms de lieux afin de préserver l'anonymat des médecins interrogés.

L'analyse thématique du contenu a suivi plusieurs étapes :

- Lecture et relecture des verbatims sans a priori, afin de s'imprégner du texte et de son sens.
- Sélection d'un entretien individuel afin de réaliser un codage du texte. Le codage consiste en l'identification des plus petites entités (mots et expressions) porteuses de sens. C'est aussi une décontextualisation. Cette étape a été réalisée indépendamment, en double aveugle, par les deux chercheuses de l'étude. Puis, les codes ont été mis en commun et confrontés, en présence du directeur de thèse, afin de faire émerger une première grille de codage commune.
- Codage de l'ensemble des verbatims, selon les codes déterminés précédemment avec enrichissement progressif de la grille de codes et relecture mutuelle de chaque entretien nouvellement codé. Ceci afin de réaliser une triangulation de l'analyse.
- Recontextualisation des codes en identifiant des thèmes par
  - \* regroupement des idées fortes
  - \* comptage de la fréquence d'apparition des items repérés,
  - \* repérage des relations entre les variables (16)
- Discussion par comparaison à la littérature existante.

## RESULTATS

### II. Caractéristiques de la population

17 entretiens ont été réalisés d'avril à octobre 2012.

Nous avons réalisé seize entretiens individuels dont la durée allait de 12 à 39 minutes ; et un focus group de sept médecins dont la durée était de 70 minutes. Un total de 23 médecins généralistes du Cher et du Loiret a donc été interrogé.

La saturation des données a été obtenue après le focus group et douze entretiens individuels. Nous avons réalisé alors encore quatre entretiens afin d'être certaines de cette saturation.

Médecins	âge	genre	lieu d'exercice	type d'exercice	expérience personnelle	FMI	FMC
MG1	51-60	M	urbain	groupe	O	N	O
MG2	51-60	M	urbain	groupe	O	N	O
MG3	20-30	F	urbain	remplaçante	N	O	N
MG4	31-40	F	urbain	remplaçante	O	O	N
MG5	>60	F	urbain	groupe	O	N	O
MG6	51-60	M	urbain	seul	O	N	O
MG7	>60	F	semi-rural	groupe	O	O	N
MG1d	31-40	F	semi rural	groupe	O	O	N
MG2d	31-40	M	remplaçant	groupe	N	O	NSP
MG3d	31-40	F	rural	groupe	O	N	O
MG4d	51-60	F	urbain	groupe	N	N	O
MG5d	>60	M	rural	seul	O	N	N
MG6d	51-60	M	urbain	seul	N	N	N
MG7d	31-40	F	remplaçante	groupe	O	N	N
MG8d	51-60	M	urbain	groupe	O	NSP	NSP
MG1c	31-40	F	urbain	groupe	O	O	N
MG2c	51-60	M	rural	groupe	O	N	N
MG3c	51-60	M	urbain	groupe	O	NSP	O
MG4c	31-40	M	semi-rural	groupe	O	N	N
MG5c	40-50	F	urbain	groupe	N	N	N
MG6c	20-30	F	urbain	remplaçante	N	O	N
MG7c	31-40	F	urbain	groupe	N	O	N
MG8c	>60	M	semi-rural	seul	O	N	N

Tableau 1 Caractéristiques des médecins interrogés

## II. Analyse des données

Le codage de l'ensemble des entretiens a généré environ 250 codes au total, dont cinq ont été écartés pour cause de redondance du concept ou concept ne répondant pas à la question de recherche.

### II.1 Le savoir des médecins

Les médecins généralistes interrogés ont des connaissances à plusieurs niveaux concernant l'allaitement maternel.

Ils connaissent ou pensent connaître la physiologie de l'allaitement maternel, ses contre-indications ; avec notamment un point précis sur le tabagisme.

*(...) faut que l'enfant, il ait bien compris qu'il faut bien englober la tête..., euh le sein, parce que si il tute, comme ça, s'il tétouille comme ça, ça marche pas, donc ça stimule pas, donc ça produit pas. MG4c*

*Elle avait une toxémie gravidique et une hypertension et un traitement qui contre indiquait l'allaitement à l'époque. MG3c*

*On peut être interpellé sur (...) le tabac. MG5 MG2*

Ils ne sont pas tous d'accord sur la durée « idéale » de l'allaitement maternel.

*Faut vraiment résister un trimestre, c'est euh...au moins ça quoi, les trois premiers mois. MG7d*

*On peut élever un enfant au sein jusqu'à trois-quatre ans hein, si on veut. MG6d*

Les bienfaits de l'allaitement maternel sont reconnus par tous, plus spécifiquement les bienfaits nutritionnels, immunitaires et en cas d'atopie chez l'enfant ; sont également reconnus les bienfaits pour la mère.

*C'est le meilleur élément nutritif qu'on puisse apporter au nourrisson. MG2c*

*Le colostrum, les anticorps tout le bastringue c'est vachement bien. MG4c*

*Il y a toujours un intérêt à garder le lait maternel (...) notamment dans les familles atopiques, du point de vue allergène. MG2d*

*On a prouvé hein, l'efficacité sur les cancers du sein etc., l'involution utérine, le rapport à l'enfant, la diminution du baby blues. MG1d*

La supériorité du lait maternel est connue et repose sur des preuves scientifiques dont les médecins savent qu'elles existent, mais ils n'en ont pas connaissance en détail.

*(...) à propos des études bon qu'je n'connais pas. Elles vont peut-être être sur les défenses d'anticorps, les trucs comme ça. MG4*

Ils s'interrogent sur les statistiques de l'allaitement maternel.

*Ça serait intéressant pour adapter notre pratique, les statistiques. MG2d*

*Dans mes statistiques perso, euh, je saurais pas te dire précisément mais euh je dirais facilement deux dames sur trois actuellement allaitent leur bébé dans les deux premiers mois. MG4c*

Les médecins généralistes suivent des nourrissons et s'appuient sur plusieurs motifs généraux, applicables au suivi plus spécifique du nourrisson allaité.

Ces éléments de la consultation sont le sommeil de l'enfant, son alimentation, les questions sur les troubles digestifs, la satiété et la croissance staturo-pondérale.

*Je fais l'examen, et puis euh, tout ce qui est psycho moteur, et puis après euh, la partie plus alimentation, sommeil, transit. MG7d*  
*(...) Les régurgitations, les coliques, les choses comme ça. MG4c*  
*Il avait une faim terrible. MG8d*  
*J'refais à chaque fois la courbe de poids et taille. MG1d*

Les médecins généralistes suivent également les femmes pendant leur grossesse et en suite de couches, allaitantes ou non.

*Des grossesses, j'en ai suivi des dizaines et des dizaines. MG8d*

Les éléments cités du suivi en post-partum sont l'interrogation sur la fatigue maternelle, l'examen des seins.

*Y'a des mamans qui sont épuisées. MG1d*

*Je pose des questions à la maman concernant sa poitrine (...) si y'a un doute, je lui demande qu'elle me montre ses seins. MG6d*

Ils prennent en charge les pathologies intercurrentes en faisant attention à l'existence d'un allaitement maternel.

*C'est moi qui demande au moment de faire une prescription parce qu'elle consulte pour autre chose « vous allaitez ou pas ? » MG5*

Plus spécifiquement, les médecins généralistes s'intéressent à certains éléments d'évaluation de l'allaitement maternel, et disent suivre les recommandations. Ces éléments concernent la mise au sein, l'observation d'une tétée, la position d'allaitement, l'interrogation sur les rythmes des tétées et l'inévitable pesée du nourrisson.

*Je suis les recommandations HAS. MG8d*

*J'les mets au sein en général en fin de consultation ou au moment des vaccins si y'a des vaccinations, ou j'essaye même avant pour les (...) examens des premiers mois, au moins la première fois qu'j'le vois ou éventuellement la deuxième fois. MG1d*

*Le problème c'était vraiment la position du bébé. MG2d*

*Y'a aussi la question euh, alors là des tétées, savoir si on fait téter l'enfant à heures régulières ou pas hein, il fût un temps on était quand même je crois assez strict, c'était à la minute près et tout, maintenant on s'rait peut-être un peu plus permissif du coup l'allaitement euh... l'allaitement maternel s'rait peut-être plus euh... plus... comment... plus facile pour cette optique là. MG8c*

*Elles reviennent, parfois à plusieurs reprises pour la pesée du bébé. MG4d*

Ils leur arrivent de gérer les complications de l'allaitement maternel : des petits maux aux véritables complications.

*J'm'étais renseigné sur comment soigner les bobos au cours de l'allaitement parce que c'était plus souvent ça qu'elles venaient me demander en fait. C'est-à-dire les crevasses, les machins, les trucs, les engorgements. MG6*

*Après y'a les complications de temps en temps de l'allaitement mais bon ça, c'est un peu plus rare, les lymphangites etc. MG7c*

La notion de « manque de lait » est fréquemment citée.

*Quand y'a pas de lait, y'a pas de lait. Bon, elle va pas allaiter si y'a pas grand-chose. MG6*

Les médecins veillent à prescrire des traitements compatibles avec l'allaitement mais parfois l'arrêt de l'allaitement maternel est prescrit.

*(...) Qui voulait allaiter son enfant et à qui il a fallu donner des antibiotiques à très large, à très large spectre, et qui, qui avait deux possibilités, ou de se tirer en attendant de prendre les antibiotiques et de jeter son lait je veux dire hein, ou d'arrêter l'allaitement. MG5d*

Les suppléments en vitamines D et K, et oligoéléments (fluor) sont cités une seule fois.

*La question qui me revient tout le temps dans la tête même si j'ai pas trop creusé, c'est le fluor ou pas, dans la vitamine D.*

*Y'a aussi l'histoire avec la vitamine K. MG2d*

Les médecins généralistes se sentent suffisamment formés ou non.

*Quand j'étais en... D3, en 5ème année de médecine, en fait j'étais en stage, euh... chez les, chez les préma en fait, donc heu du coup, j'étais... j'avais fait une semaine au lactarium (...) c'était en 5ème année mais c'est vrai que ça sert un minimum quoi. MG6c*

*Il faut qu'on puisse donner au médecin généraliste, encore une fois, une formation suffisante. MG1d*

*Je pense qu'il faut vraiment former les professionnels à trouver des solutions alternatives. MG1c*

Ils n'hésitent pas à recourir à des outils d'aide à la consultation.

*C'est « lecrat » et euh... pour vérifier à chaque fois les médicaments, enfin moi je le fais à chaque fois. MG2d*

Certains citent même l'apport des thèses d'internes en médecine qu'ils ont pu lire.

*On l'a eu justement là encore avec la thèse de S. Ce n'était pas la promotion à proprement parler de l'allaitement. C'était sur un certain nombre de conseils euh...qu'était tout à fait intéressant, utile. MG2*

## II.2 Eléments personnels des médecins généralistes au service de la promotion et du soutien à l'allaitement maternel

Les médecins généralistes possèdent des qualités intrinsèques qui leur permettent d'avoir un rôle singulier auprès de leurs patients. Parmi ces qualités, celles relevées dans nos entretiens sont l'implication, l'investissement, la disponibilité du médecin généraliste pour ses patients.

*Moi j'prends en charge... j'fais du suivi complet de femmes enceintes. MG1d*

*Je renforcerais toujours sa motivation à allaiter. MG2c*

*En les voyant tous les mois, pis en étant disponible au téléphone, en général, ça pose pas trop de soucis. MG8d*

Les convictions sont prépondérantes.

*C'est vraiment quelque chose de super quoi. MG7d*

*J'suis très pour mais c'est vrai que j'ai pas de, d'arguments très solides derrière. MG4c*

*Je suis fondamentalement pour promouvoir ça ! MG1d*

Le dynamisme des internes de médecine générale est également cité.

*Peut-être aussi grâce à vous qui nous avez appris, insisté...la dernière thèse (...) de S. euh était très intéressante dans sa...son côté très militant, moteur. MG2*

L'influence du genre dans la promotion et le soutien à l'allaitement maternel semble mineure.

*C'qui m'intéresse là c'est que finalement entre les hommes et les femmes, on n'a pas une conception si différente de l'approche. MG2*

En revanche, l'expérience personnelle du médecin généraliste vis à vis de l'allaitement maternel et son vécu semblent jouer un rôle. Les médecins généralistes utilisent et partagent parfois cette expérience.

*Ma fille, avec ma femme actuelle qui l'a allaitée qui euh, y prenait beaucoup de plaisir. MG2c*

*Ça peut nous donner surtout des conseils, on a vécu des, les difficultés. MG1d*

*C'est vrai que quand ça s passe bien, que nos enfants ont été allaités, bah c'est vrai qu'on est volontiers, bah probablement convaincant. MG2*

*En retour elles aiment bien aussi dire à ben moi je fais comme ça, heu... heu je me suis dépatouillée dans telle situation de telle façon, enfin... c'est sympa. MG3d*

L'expérience vécue des suivis de grossesse et d'enfants allaités qu'ils peuvent faire est plutôt positive, même s'ils sont parfois confrontés à des difficultés ; ils savent reconnaître leurs limites ou celles de leurs confrères.

*Moi j'me sens assez à l'aise pour le suivi d'une grossesse. MG4d*

*J'ai pas mal de femmes finalement qui allaitent et globalement je trouve, ça se passe bien. MG2*

*C'est vrai que parfois on a des difficultés, enfin relatives. MG1d*

*Je ne suis pas non plus un pro de l'allaitement. MG8d*

*Les professionnels n'arrivent, n'ont pas les réponses adéquates aux problèmes que se posent les mamans. MG1c*

### II.3 Le savoir faire des médecins généralistes au service de l'allaitement maternel

Les compétences des médecins généralistes semblent fortement sollicitées pour la promotion et le soutien à l'allaitement maternel.

L'approche globale centrée sur le patient est illustrée dans nos entretiens par le suivi de la dyade mère-enfant, son autonomisation, la personnalisation des suivis.

*J'ai des femmes enceintes dont je suis la grossesse puis les nourrissons. MG1d*

*Il (le médecin NDLR) est là pour aider les gens à choisir en leur donnant des éléments de choix. MG3c*

*C'est plutôt les mamans qui gèrent les consultations plutôt que moi. MG3d*

L'idée d'une consultation spécifique dédiée à l'allaitement émerge de plusieurs entretiens.

*Je lui ai proposé une consultation dédiée. MG1c*

Le médecin généraliste est également un coordonnateur des soins. Il a une place spécifique à côté des autres professionnels de santé. Il n'hésite pas à solliciter des avis spécialisés si nécessaire dans un esprit de coopération.

*Plus on est nombreux à en parler, plus ça peut motiver. MG4d*

*La place centrale du généraliste, ça j'y crois beaucoup. MG3d*

*Si une prise en charge me dépasse ou je sais pas, je demanderai un avis spécialisé. MG6d*

Le manque de communication avec les autres professionnels est souvent mal vécu.

*Pour le coup, c'est une difficulté dans laquelle je suis de, d'être assez peu en contact avec les autres potentiels, professionnels potentiels. MG2c*

Les conflits avec les autres professionnels, voire « la captation des patientes » sont cités.  
*Le problème c'est que la maternité là dessus euh, en pédiatrie, hein, ne joue pas franc jeu. MG1*

*C'est insupportable ! Ils pompent systématiquement. MG1*

Les médecins généralistes accordent un rôle important à la maternité et à son personnel dans la gestion de l'allaitement maternel.

*Les conditions dans la maternité et la façon dont euh, l'allaitement est... mis en place, euh, dans les suites de couches est, euh, primordiale. MG3c*

Les médecins généralistes en tant qu'acteurs de la continuité des soins, regrettent quasiment unanimement l'existence d'une période d'échappement de suivi entre la fin de la grossesse et les premières semaines de vie du nourrisson.

*Après toute la période périnatale, prout, que dalle nous on les revoit à un mois ou j'te dis on les r'voit à quinze jours parce qu'ils sont enrhumés. Mais c'est d'jà trop tard. Quinze jours, c'est d'jà trop tard. MG4c*

Certains proposent une consultation précoce aux patientes dont ils ont suivi la grossesse.

*Souvent quand c'est des femmes que j'ai suivies pendant la grossesse, j'leur propose de venir si elles veulent plutôt vers trois semaines de vie plutôt que vers un mois, la première consultation. MG1d*

Enfin, le rôle du médecin généraliste dans la prévention et pour la santé publique est mis en lien avec la promotion et le soutien à l'allaitement maternel.

*La prévention tout ça c'est, c'est notre rôle à nous. MG3d*

*C'est notre rôle de promouvoir la meilleure santé qu'on puisse pour nos patients. MG1d*

#### II.4 La relation médecin-patiente

La communication est au cœur de tous les entretiens. Le dialogue entre le médecin et la patiente au sujet de l'allaitement est décrit comme parfois facilité en cas d'allaitement maternel.

*Je réponds aux questions, s'il y a des questions spécifiques. MG1c*

*Si les mères allaitent, donc euh, effectivement on parle facilement de l'allaitement. MG1d*

Le temps de la discussion au sujet de l'allaitement maternel est variable.

*Moi je l'aborde avant la naissance. MG2c*

*Même moi, pendant les consultations pour la pilule, j'parle pas de l'allaitement. MG4d*

L'incitation à l'allaitement maternel fait aussi partie du dialogue.

*J'essaie de, de convaincre mes patientes qui vont bientôt accoucher que si elles peuvent faudra le faire. MG4c*

L'information délivrée aux patientes se veut être une information éclairée.

*Information éclairée oui, euh, promotion, (...) j'crois pas que le médecin est là pour faire une promotion de, de quoi qu'ce soit. MG3c*

Les médecins généralistes essaient d'anticiper les éventuels problèmes rencontrés.  
*Pour les femmes qui allaitent dont j'ai suivi la grossesse du coup, j'avais déjà un peu, enfin j'ai essayé d'anticiper un peu les p'tits problèmes. MG1d*

Ils se servent de supports d'information et font un « feed back » sur ces supports.  
*J leur donne aussi les p'tits livrets là, qui sont fait par l'INPES, qui sont très très bien faits. MG4d*  
*J leur donne le guide et puis la fois d'après leur dis « est ce que vous l'avez lu, pas lu ? » MG1d*

Les médecins généralistes ont un rôle d'accompagnement de l'allaitement maternel de leurs patientes. Ils mobilisent l'empathie, la réassurance, le soutien, le respect ; tout en évitant l'écueil de la culpabilisation.

*Souvent, c'est même pas d leur faute, c'est pas qu'elles étaient de mauvaise volonté. MG4c*  
*Celles qui sont, qu'ont juste besoin d'être rassurées, j'ai, j'ai plutôt tendance à les conforter quoi. MG3d*

*Y'a besoin d'être guidée, pour plein de petites choses. MG1c*

*Faut respecter les, les opinions de chacun. MG8d*

*Il faut essayer de ne pas culpabiliser la mère. MG5d*

Ils répondent aux sollicitations de leurs patientes et délivrent des conseils.

*Si on me demande j leur dis que c'est préférable de faire un allaitement maternel à un allaitement artificiel. MG6d*

*Si c'est de l'allaitement maternel, je, je, je conseille toujours de bien boire, de bien se reposer. MG7d*

L'autonomisation de leurs patientes passe par l'autonomie laissée à la dyade mère-enfant, la sollicitation de l'accord des parents.

*Je suis pas strict euh, si la maman oublie un mois. MG5d*

*C'est en accord avec les parents. MG1d*

Les patientes en retour accordent selon eux, une certaine confiance à leur médecin généraliste.

*Elles savent que, parce que moi j leur dit que (...) MG4c*

## II.5 L'allaitement artificiel

L'allaitement artificiel est bien sûr cité. Les médecins généralistes ont un avis sur les préparations pour nourrissons. Ils pensent que l'allaitement artificiel a un coût et se posent aussi la question de l'hygiène.

*L'adjonction de tout un tas de produits, machins, etc., bon, à part faire marcher l'industrie pharmaceutique, ça sert pas forcément à grand chose. MG6d*

*Donner du lait maternisé (...) ça coûte horriblement cher ! MG7d*

Les médecins généralistes exposent le fait que certaines patientes ont une idée très positive des préparations pour nourrissons.

*On a des femmes (...) pour qui c'est un honneur d'essayer d'avoir du lait en poudre pour leur enfant. MG1d*

L'établissement où se déroule l'accouchement joue un rôle dans la gestion de l'allaitement artificiel.

*Dans les hôpitaux, ici le personnel, bon y'a une histoire de sensibilisation du personnel (...) par rapport à ça, la gestion effectivement des biberons n'est pas la même chose. MG6*

Le lobbying industriel est reconnu par les médecins généralistes qui dénoncent les laboratoires, le rôle des pharmaciens et les conflits d'intérêt.

*On vit dans une société où le médicament et où la médicalisation est quelque chose d'un peu euh, incitatif, je dirais, prescriptif et incitatif à la fois en terme de consommation, et à la fois en terme de prescriptions pour les professionnels. MG3c*

*Ils ont un intérêt financier euh, à l'allaitement artificiel. MG2d*

## II.6 L'apprentissage de l'allaitement maternel

Les médecins généralistes interrogés soulignent les connaissances de leurs patients.

*Elles ont moins de doutes, elles savent. MG5*

D'après eux, leurs sources d'information sont les supports fournis par eux mêmes, les différentes consultations et séances de préparation à l'accouchement faites par les sages femmes ou les réunions organisées par les associations, la PMI, la CAF, la maternité.

*J leur donne aussi les p'tits livrets là, qui sont fait par l'INPES, qui sont très très bien faits. MG4d*

*J'ai fait appel à la Leach League, puis bon, bah, leurs dates de réunions, tout ça, ça ne correspondait pas. MG1c*

*Ils le (l'allaitement maternel NDLR) conseillent sur le truc de préparation à la naissance, les consultations de préparation à la naissance, à l'hôpital. MG7d*

*Y'a aussi les réunions de la CAF. MG1d*

*En sortant de la maternité, (...) y'a pas mal de femmes (...) qui font cette visite hein, ou à domicile ou qui se déplacent à la PMI. MG3d*

Internet et la presse de vulgarisation médicale sont également cités.

*C'est p't'être plus le poids d'internet euh de, et d'informations à côté, j'suis d'accord elles paraissent beaucoup plus informées. MG2*

Les médecins généralistes décrivent le déroulement de l'allaitement maternel : de l'initiation avec la tétée d'accueil au sevrage.

*J pense que c'est cet instant là qui est décisif en fait (...) la sage-femme (...) qu'accouche, qui met l'enfant au sein juste après la naissance. MG6c*

Le moment de ce sevrage est d'ailleurs variable : de l'arrêt précoce, à l'allaitement maternel long jusqu'à parfois la scolarisation de l'enfant.

*C'est à dire qu'il faut aussi organiser le sevrage. MG4c*

*C'est qu'on arrive à avoir des femmes qui ont débuté l'allaitement qui s'est pas bien passé et qui viennent une fois que le bébé est au biberon. MG1d*

*Elle s'dit qu'il va pas aller à l'école et puis rentrer et téter. MG5*

Le soutien à l'allaitement provient des médecins généralistes eux mêmes, des associations de soutien, parfois considérées comme sectaires, en passant par le lactarium.

*Celles qui viennent d'accoucher, j'leur dis tant qu'elles peuvent euh, c'est bien d'le faire. MG4c*

*T'as des ligues, la leche (...) extrêmement volontaire, (...) puissante etc... on peut aussi arriver dans des cotés un peu sectaires euh, excessifs. MG2*

*J'ai une femme qui a donné à la banque du lait. MG1d*

Les échanges d'informations entre patientes sont vus de façon positive.

*Ca peut-être intéressant d'échanger avec d'autres mamans. MG3d*

Un médecin soumet une proposition : celle du développement d'un conseil minimal à l'allaitement sur le modèle de ce qui est utilisé dans le sevrage tabagique.

*Si y'avait une étude qui disait qui faudrait qu'tu fasses comme un test de Fagenström, enfin « allez vous allaiter oui/non ? » (...) dans le style, conseil minimal. MG3*

## II.7 Le ressenti des mères vu par les médecins

Une place prépondérante est donnée aux choix des patientes : le choix d'avoir un enfant, le choix du lieu d'accouchement, le choix de l'alimentation du nourrisson.

*Le choix de la naissance de l'enfant est beaucoup plus euh...réfléchi et attendu. MG5*

*Elles sont en train de choisir éventuellement où elles vont accoucher. MG5*

Le choix de l'alimentation est une balance entre l'envie et le refus de l'allaitement, avec des sentiments parfois ambivalents

*Les dames qu'allaitent, c'est des dames qui ont envie d'allaiter. MG7c*

*Les gens voient beaucoup l'intérêt de l'allaitement artificiel tout en ayant envie de l'allaitement maternel. MG2d*

*T'as toujours certaines femmes qui disent, euh, ah non moi j'veux pas allaiter. MG4c*

Il est parfois contraint, parfois intégré à la vie quotidienne. C'est un choix intime et plurifactoriel.

*C'est un choix de vie. MG1d*

*C'est une décision individuelle à chaque fois. MG4*

*Il y a plusieurs niveaux. MG1c*

La relation au corps au cours de l'allaitement maternel est décrite par les médecins généralistes : l'image du corps en général, son éventuelle détérioration avec l'allaitement maternel, l'image du sein sexuel ou nourricier, l'allaitement maternel en public, l'esthétique de l'allaitement maternel et enfin le bien être physique lié à l'allaitement maternel.

*Les critères sont souvent (...) l'idée qu'la femme a de son corps. MG5*

*Y'a un autre souci aussi c'est « ça va m'abimer, ça va m'abimer les seins, j'vais plus être belle après, donc j'vais pas allaiter, j'préfère donner le biberon » MG7d*

*Je ne pense pas trop au sein sexuel, ça ne m'était jamais venu à l'esprit. MG1c*

*Qu'il y a très peu de femmes qui osent allaiter en public. MG6*

*Quand j'vois un beau bébé au sein de sa maman, j'trouve toujours qu'c'est magnifique. MG8d*

*J'ai réussi (...) à prendre du plaisir à allaiter. MG1c*

La relation mère-enfant est un autre thème très présent dans les entretiens. Elle est décrite comme une relation d'abord physique par le contact charnel, mais surtout une relation de tendresse, une continuité de la grossesse.

*Ça favorise (...), la relation mère-enfant en premier parce que pour moi c'est ce qui compte le plus. MG6c*

*C'est un moment de contact favorable euh évident. MG1d*

*C'est extrêmement attendrissant de voir un enfant au sein de sa mère hein, ça c'est, ça reste une image d'Epinal. MG2c*

*C'est la poursuite du lien qui existe entre la mère et son enfant en dehors de son ventre. MG6d*

La maternité est présentée de manière positive.

*Celles qui n'allaitent pas, y'a un tel bonheur d'avoir un bébé (...) sur le plan psychologique même sans allaiter. MG4d*

Parfois, cette relation mère-enfant est aussi une dépendance avec difficulté à la séparation.

*Y'avait en fait une espèce de fusion. MG5*

*Y'a aussi une relation de dépendance par rapport à l'enfant. MG5*

Les médecins généralistes interrogés sont sensibles au vécu de l'allaitement maternel par les mères. Ils sont à l'écoute de leurs inquiétudes, de leurs éventuels mal être, fatigue et de leurs difficultés.

*J pense que notre rôle est d'abord d'écouter. MG6*

*J demande si y'a pas de souci. MG7c*

*Elles se sentent mises en échec, elles sont crevées la nuit. MG6c*

*Elles se font rattraper par d'autres problèmes quotidiens et qu'elles arrivent pas à gérer. MG2d*

## II.8 Les facteurs contextuels

Les médecins généralistes exposent un certains nombres de facteurs contextuels expliquant les freins et moteurs à l'allaitement maternel en France.

Le contexte géographique est cité et notamment le lieu d'habitation, les pratiques en terme d'allaitement maternel à l'étranger sont évoquées.

*Ici, dans le quartier, la plupart des patientes allaitent. MG4d*

*En Afrique euh, pfou, je ne vois pas une mère qui n'allait pas. MG6*

*Y'a les pays nordiques où ils sont plus, plus, plus ouverts. MG7d*

Le facteur temporel est représenté par la description d'une certaine évolution, les effets de génération et les effets de mode. Un médecin parle même de « génération biberon ».

*C'est pour ça qu ça évolue quand même beaucoup de génération ou de, de mode de... nous, dans notre activité, ça a quand même beaucoup évolué au fur et à mesure. MG2*

*Y'a une espèce de mode, hein, un p'tit peu, on en revient, on y revient. MG8d*

*J'connais pas les chiffres, mais j pense qu'on est issu d'une génération biberon. MG2d*

La famille et l'entourage jouent un rôle par leur perception de l'allaitement maternel et l'aide qu'ils apportent aux jeunes parents.

*Quand ils ont la chance d'être en famille, euh la maman ne s'occupe que du bébé. MG1c*

Le cercle amical est également cité, et le fait d'avoir d'autres enfants.

*Elles composent en fonction des infos qu'elles recueillent à droite, à gauche : la famille, le cercle des amis. MG4*

*Si c'est la première fois qu'elle allaite ou si les autres enfants ont déjà été allaités. MG6c*

Le papa a un rôle propre par son soutien, sa disponibilité, son implication ; mais aussi parfois ses inquiétudes et une certaine forme de concurrence avec l'enfant.

*Mon mari a tenu à s'qu'on poursuive l'allaitement. MG1c*

*Le lien avec le mari, c'est clair qu c'est à la fois une exclusion éventuelle ou au contraire quelque chose qui permet de rapprocher. MG2*

*Il disait « c'est pas possible mon enfant il arrive pas » MG1d*

*Y'a une concurrence entre l'enfant et eux (les pères NDLR) MG5*

L'influence sociétale est présentée par différents aspects. La culture, les facteurs sociaux, l'économie, la religion sont des facteurs qui ressortent souvent dans nos entretiens et sur lesquels les médecins interrogés insistent.

*Dans différentes cultures euh, toutes les cultures asiatiques, africaines, c'est resté très très ancré. MG8d*

*C'est dans les populations, enfin dans les classes socio-économiques les plus défavorisées que ça, que le taux d'allaitement est le plus faible. MG3d*

*J'me suis posé les questions (...) mais à travers plutôt des choses qui se disent euh et qui sont plutôt philosophiques, qui sont plutôt sociaux, qui sont plutôt économiques. MG6*

*Quelle est l'influence du religieux dans l'affaire parce que ça, il y a aussi cette question. MG6*

La politique est exposée à travers la législation, les politiques de santé publique et le mouvement écologiste.

*Il existe du législatif. MG2*

*Faudrait que ce soit un truc de santé publique. MG5*

*Il faut qu'il y ait un mouvement général de masse euh...comme euh ça a pu le faire avec « les antibiotiques c'est pas automatique » alors à peu près. MG1*

*Ca reste une position assez écologiste. MG6*

La place de l'allaitement dans la société est évoquée, en mettant en avant la possibilité pour les femmes actives de concilier travail et allaitement, avec notamment le temps accordé à l'allaitement sur le lieu de travail, la possibilité d'un mode de garde et d'un allaitement sur le lieu de travail. La femme voulant allaiter est aussi parfois considérée comme féministe ou militante.

*Elles imaginent ça (le travail NDLR) comme un frein assez important à un allaitement jusqu'à six mois. MG2d*

*Faudrait vraiment développer euh les crèches d'entreprise au sein des entreprises pour euh, pour pouvoir le faire (allaiter NDLR) MG7d*

*C'était difficile pour elle, alors qu'elle était en pédiatrie quand même. Les chefs ils la laissaient pas forcément tirer son lait. MG3*

A côté de ces éléments sociétaux, les médecins généralistes énoncent un argument fort en faveur de l'allaitement maternel : le fait que l'allaitement maternel est naturel, que c'est un geste ancestral. En lien avec cet argument, on retrouve la comparaison au monde animal.

*C'est naturel, c'est la seule façon de, enfin tout est prévu dans l'alimentation euh... maternelle pour que les choses se passent bien. MG6d*

*On est dans une société, du bio, du retour à la nature, du retour euh, voilà, aux principes naturels, la phyto, à tout ça. MG2d*

*C'est quand même quelque chose que qu'est fait depuis euh, des milliers d'années. MG7c*

*On ne nourrit pas les bébés de chèvre avec du lait d'vache, on ne nourrit pas les bébés de moutons avec du lait de vache, bah on pourrait dire bah pourquoi on nourrit les bébés humains avec du lait de vache ? MG6*

Cet argument s'oppose à une certaine vision de modernité et de technicité apportée par les préparations pour nourrissons, la « tototte » et le tire-lait.

*On en a quand même pas mal, qui sont pas du tout favorables à l'allaitement parce que pour eux c'est un recul enfin, ça me paraît être un recul par rapport aux avancées technologiques. MG1d*

*On file systématiquement hein des sucettes, ces fameuses totottes dans la bouche des enfants. MG8d*

*On peut tirer son lait. MG7d*

### III Modélisation schématique des résultats

Nous avons recontextualisé les thèmes trouvés en nous basant sur le schéma de la théorie de l' Evidence-Based Medicine (EBM) (17) qui nous a paru pertinente pour analyser un phénomène aussi complexe que les représentations de l'allaitement maternel en médecine générale.

D'après J-F Dortier (18) « les représentations mentales sont organisées autour de pôle de référence. » Les pôles de référence sont ici représentés par les 3 cercles du schéma de l'EBM. (Cf. figure 1) : le médecin, le patient et la science.

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. » (19)

Nos entretiens nous ont permis d'aboutir à des conclusions similaires. Les représentations de l'allaitement maternel des médecins généralistes sont corrélées à leur expérience personnelle et professionnelle, leurs connaissances et leurs savoirs faire. Elles sont fortement liées à l'idée qu'ils se font des caractéristiques de leur patientèle. En effet, les facteurs contextuels liés au patient sont très développés.

Nous avons donc enrichi le schéma de l'EBM de ces réflexions et constatations.

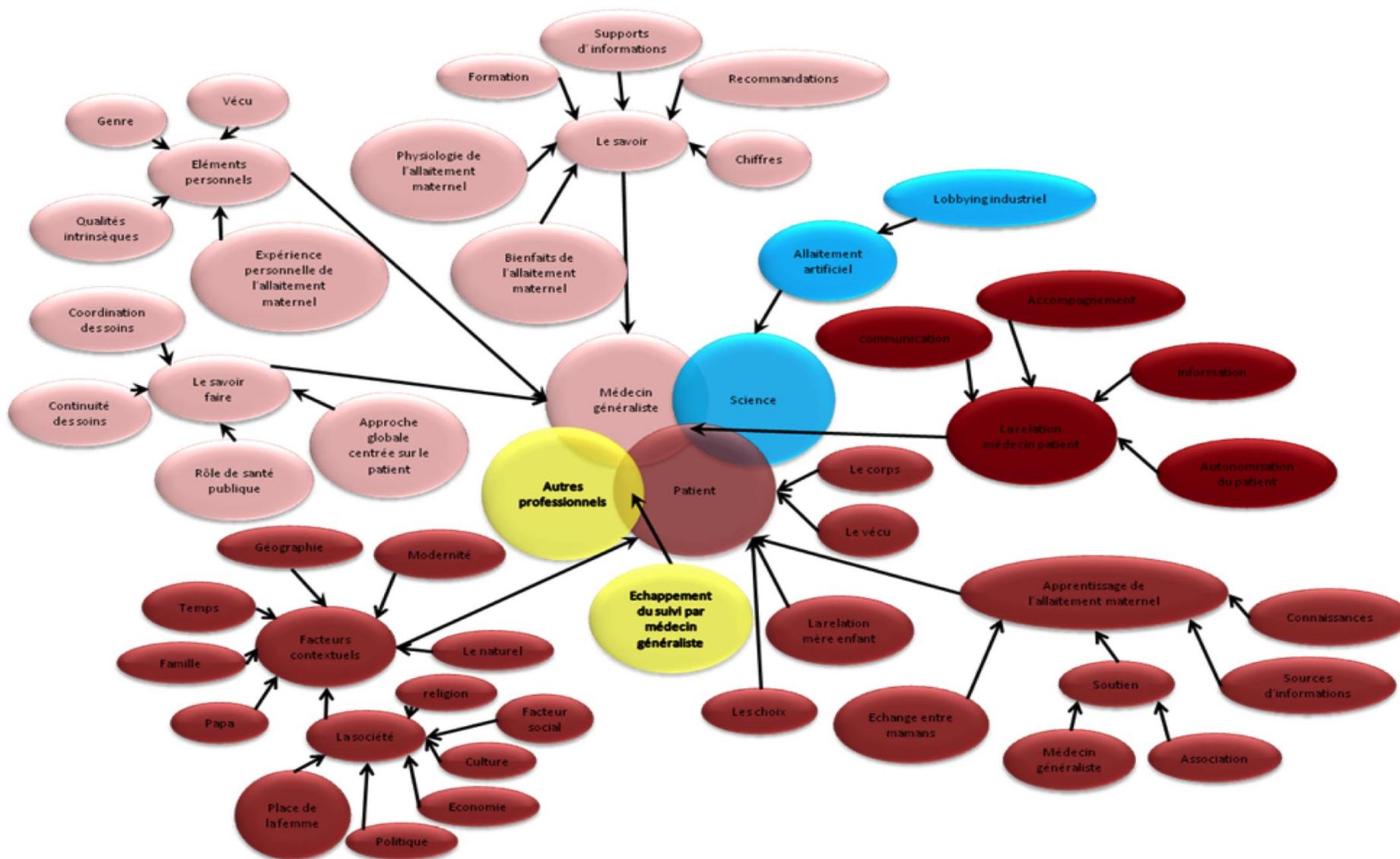


Figure 1 Schéma de synthèse des résultats d'après le schéma de l'EBM)(17)

## DISCUSSION

### I. La méthode

La principale limite d'une méthode qualitative résulte du fait que les résultats ne peuvent pas être extrapolés à la population générale puisque l'échantillon ne se veut pas représentatif mais diversifié.

Dans notre étude, nous pouvons identifier plusieurs biais. Le premier biais, interne, résulte du fait que les chercheuses sont des médecins généralistes tout comme les participants. Cette proximité a pu créer une relation de connivence et influencer les réponses. Le deuxième biais, externe, est lié à l'environnement : les lieux des entretiens, cabinets et domiciles des médecins, et la présence de leaders d'opinion dans le focus group.

Il existe également des biais d'investigation qui revêtent plusieurs formes. Les chercheuses sont des étudiantes peu formées à la technique de modération d'entretiens. De plus, très impliquées pour le thème, elles ont probablement influencé l'élaboration de la trame d'entretien et la conduite des entretiens. Il existe également une différence entre les deux chercheuses dans la façon de mener les entretiens ce qui a abouti à une différence de durée des entretiens entre les deux chercheuses.

Cependant, une attention particulière a été apportée afin de limiter au maximum les conséquences de ces biais.

L'élaboration de la trame d'entretien s'est voulue la plus exploratoire possible, en veillant à limiter au maximum l'influence de questions trop fermées sur les réponses. La validité interne a été recherchée par la reformulation des discours des participants au cours des entretiens.

Il a été réalisé une triangulation des données. En effet, deux techniques de recueil des données ont été utilisées.

Il a été également réalisé une triangulation de l'analyse. En effet, les deux chercheuses ont effectués le codage indépendamment afin de limiter le biais d'interprétation.

Le recrutement le plus diversifié possible des participants et l'atteinte de la saturation des données permettent d'obtenir une validité externe à l'étude. L'échantillonnage multi sites a permis de retrouver des résultats comparables dans deux contextes différents. Sans être extrapolables, les résultats ont donc une certaine transférabilité.

L'utilisation d'une méthode qualitative pour notre thème, permet d'aborder pleinement la complexité des représentations et comportements qui s'y rattachent. C'est ici que réside l'originalité de notre travail de thèse par rapport aux nombreux travaux précédents majoritairement quantitatifs.

### II. Les résultats

Les représentations de l'allaitement maternel des médecins généralistes couvrent des thèmes très variés illustrant la complexité de la problématique.

Les données actuelles de la science en matière d'allaitement maternel sont plus ou moins bien connues par les médecins généralistes interrogés. Une large place est faite à la description des bienfaits de l'allaitement maternel pour la mère et l'enfant.

Les dernières données de la littérature internationale rapportent que l'allaitement maternel est associé à une réduction du risque d'otite moyenne aiguë, de gastro entérite, d'infection respiratoire basse sévère (20), de dermatite atopique, d'asthme du nourrisson, d'obésité, de diabète de type 1 et 2, de mort subite du nourrisson, de leucémie pendant l'enfance et d'entérocolite ulcéro nécrosante.

L'allaitement est associé chez la mère à une diminution du diabète de type 2 et du risque des cancers du sein et de l'ovaire. Il existe un risque plus important de dépression du post partum chez les mères qui arrêtent précocement l'allaitement ou qui n'allaitent pas. (21) Un allaitement maternel exclusif de six mois réduit les gastro-entérites et augmente la durée de l'aménorrhée chez les mères. (22)

Les recommandations de la HAS en 2002 (3), mais aussi de l'OMS en 2007 (2) sont plus ou moins décrites et appliquées au cours des consultations. Il s'agit de la délivrance d'une information aux femmes pendant la grossesse, avec parfois le conseil d'assister aux réunions spécifiques sur l'allaitement organisées par les maternités, la CAF, la PMI ou les associations.

L'observation d'une tétée et la vérification de la position de l'allaitement font également partie des recommandations, tout comme la poursuite d'un allaitement exclusif jusqu'à six mois.

Les médecins généralistes soulignent, et quelque soit leur âge, leur manque de formation médicale initiale.

Depuis 2004, l'internat est remplacé par l'examen classant national. Au programme de celui-ci, deux items concernent l'allaitement maternel :

-L'item 24 : Allaitement et complications

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

Les facultés ont alors en charge d'organiser les enseignements correspondants. Si on étudie les photocopiés nationaux, celui du collège de pédiatrie n'accorde aucun chapitre à l'allaitement maternel, celui du collège des gynécologues obstétriciens n'examine que la gestion des complications, et celui du collège des nutritionnistes n'y accorde que quatre lignes contre soixante pour l'allaitement artificiel... (23)

Concernant le troisième cycle des études médicales de l'internat de médecine générale, l'allaitement maternel est souvent traité dans le cadre d'un séminaire de pédiatrie.

L'insuffisance de formation des internes de médecine générale est connue en France. (24)(25)(12) Il en va de même dans d'autres pays comme l'Australie (11), ou les Etats-Unis (26). Les compétences de ces jeunes médecins en formation sont toujours améliorées par la mise en place d'une formation spécifique. L'expérience américaine décrit un mode de formation par la pratique « d'Épreuves Cliniques Objectives Structurées » (ECOS). Il s'agit d'un mode de formation par mise en situation d'expériences cliniques simulées. Un des médecins interrogés dans notre étude parle d'un stage au sein d'un lactarium qui est selon lui, « un minimum ». Il est possible, en effet, que ce soit par la mise en pratique que la formation initiale puisse être améliorée.

Concernant la formation médicale continue, celle-ci semble mieux répondre aux attentes des médecins généralistes. Elle aussi, améliore les compétences des médecins

généralistes. (13) En 2013 un séminaire MG Form intitulé « l'allaitement maternel : rien de plus naturel ! » (27) est organisé dans deux régions françaises.

Le genre du médecin généraliste et son expérience personnelle de l'allaitement maternel sont cités comme facteurs pouvant influencer la promotion et le soutien à l'allaitement maternel. Dans la littérature, ces qualités intrinsèques ont été étudiées. Le genre ne semble pas influencer l'accompagnement de l'allaitement maternel. En revanche, 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. (28)(10)

Les médecins généralistes interrogés mobilisent en faveur de l'allaitement maternel un certain nombre des compétences qui font partie de 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. (29)

Ce constat renforce l'idée que la prise en charge de l'allaitement maternel entre bien dans le cadre des missions du médecin généraliste.

La consultation dédiée et précoce évoquée dans le rapport du Pr Turck (7) est mise en avant.

Il s'agirait de mettre en place une consultation systématique entre J8 et J15 par des professionnels formés, afin d'évaluer le couple mère-enfant allaité, consultation dédiée exclusivement à l'allaitement avec une nomenclature spécifique. Cette consultation précoce est déjà plus ou moins faite par certains des médecins généralistes interrogés, intégrée avec les autres problématiques du post partum précoce (sommeil, transit, pleurs), toujours dans le souci d'une approche globale centrée sur les patients.

Cette consultation précoce est également un moyen de raccourcir la période « d'échappement » de suivi de la dyade mère-enfant regrettée par les médecins généralistes à l'unanimité.

Dans le même esprit que cet « échappement » du suivi, les médecins généralistes soulignent les problèmes d'arrêt précoce de l'allaitement maternel, dans le mois suivant la sortie de la maternité, pour lequel ils se sentent impuissants, les mères les consultant a posteriori-

Cet arrêt précoce est d'ailleurs un des résultats forts d'un récent numéro du BEH sur l'allaitement maternel (30) : les nouveaux nés en France sont 69% à être allaités à la maternité, ils ne sont plus que la moitié à un mois de vie, dont seulement 35% de manière exclusive.

La relation médecin-patient et les outils de communication sont mis au service de l'allaitement maternel.

Un des médecins généralistes assimile l'allaitement maternel à un comportement, un autre parle d'une approche par entretien motivationnel. Les médecins généralistes ont bien compris que pour encourager leurs patientes à allaiter, il leur fallait user d'outils dont ils se servent dans d'autres circonstances (la prise en charge des addictions, l'obésité, etc...).

Ainsi, l'allaitement maternel devient un comportement à favoriser, et l'outil utilisé est le vaste ensemble des techniques de l'entretien motivationnel. (31)

La délivrance d'une information éclairée, l'écoute active, la valorisation, mais aussi le respect du choix sont au cœur de l'alliance thérapeutique décrite par les médecins généralistes lors de nos entretiens.

En prolongement de ces réflexions, une idée intéressante émerge : celle d'un « conseil minimal allaitement ». Sur le modèle du conseil minimal pour le sevrage tabagique, il s'agirait de demander aux femmes : « Envisagez-vous d'allaiter ? »

Si la réponse est « oui », le dialogue et la relation d'aide sont initiés.

Si la réponse est « non », une information simple est alors délivrée, avec notamment la possibilité à tout moment de revenir en parler au médecin en cas de questionnement ou changement d'avis.

Le même médecin qui suggère ce conseil minimal allaitement, souhaiterait qu'il existe un test sur le modèle du test de Fagenström pour anticiper les problèmes des femmes allaitantes. Or des tests existent, et réalisés à la maternité ils sont prédictifs d'un arrêt précoce et corrélés à la durée d'allaitement maternel. On peut citer le LATCH score (32) qui 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.

Malgré la réglementation actuelle, les médecins généralistes soulignent l'effet néfaste des campagnes publicitaires pour les préparations pour nourrissons.

Rappelons qu'en France, la publicité pour les préparations pour nourrissons est autorisée dans les revues scientifiques, celle pour les préparations de suite (ou lait 2ème âge) est possible dans les revues grand public ... (33)(34)

Cette pratique va pourtant à l'encontre du code international de commercialisation des substituts du lait maternel qui interdit toute publicité que ce soit envers les professionnels ou le grand public. (35) Or, on sait que l'influence des laboratoires pharmaceutiques n'est pas sans incidence dans les prescriptions des médecins. (36)

Outre le soutien par les professionnels de santé (médecins généralistes, sages femmes et PMI), le partage d'informations avec les associations de soutien et les paires, c'est à dire des mères allaitantes ou ayant allaité, semble tout aussi voire plus efficace. Même si ces interventions ne semblent pas augmenter le taux d'allaitement (37), les mères en ont une vision positive. (38) (39)

Une étude américaine suggère également que la coordination des professionnels de santé au sein d'interventions en faveur de l'allaitement maternel augmente le taux de celui-ci. (40)

La relation mère-enfant est aussi au cœur de nos entretiens.

Elle est citée parmi les bienfaits de l'allaitement maternel pour la mère et l'enfant. En effet, cette relation est facilitée par le contact physique entre la mère et son enfant, par le partage de sensations. Bien que non essentiel au bon développement de l'enfant, l'allaitement maternel permet à l'enfant de vivre des expériences différentes que de celles vécues avec une tétine en caoutchouc. La mère, si l'allaitement se passe bien, éprouve également une réelle satisfaction. (41)

Le choix d'allaiter ou pas est tantôt influencé, tantôt accompagné, toujours respecté par les médecins généralistes interrogés.

Ce choix est toujours une décision personnelle, au cœur d'un ensemble d'influences et de représentations complexes.

Les mères sont influencées par leur entourage, leur médecin, par les informations qu'elles peuvent voir ou lire dans les médias. (1)

Parmi les facteurs contextuels influençant le choix d'allaiter, le père joue un rôle prépondérant. Selon deux études qualitatives ayant interrogé les mères allaitantes, ces dernières lui donnent un rôle d'accompagnant. Il intervient parfois dans la décision.

Parmi les professionnels et notamment les sages femmes, il peut être décrit comme mis à l'écart, et avoir aussi une vision différente du rôle de sa femme : de l'amante à la mère. (42)(43) Pour les médecins généralistes, il est aussi selon eux exclu du choix, mis à l'écart de la dimension nourricière mais avec tout de même un rôle de soutien. (44)

Dans notre étude, les médecins interrogés ne font pas ressortir cette mise à l'écart, mais mentionnent une éventuelle concurrence avec l'enfant.

La société intervient dans le choix d'allaitement maternel.

Les facteurs sociaux sont importants. Nous savons notamment que les femmes issues d'un milieu socialement défavorisé allaitent leurs enfants moins fréquemment que dans des milieux plus favorisés. Parmi les médecins de notre étude, certains travaillent avec ces populations et se trouvent en difficulté pour promouvoir l'allaitement maternel dans ces populations. Une récente méta-analyse française suggère que la promotion de l'allaitement maternel en anténatal par des entretiens individuelles entre les futures mères et un professionnel de santé, augmente le taux d'allaitement maternel et réduit de ce fait les inégalités sociales. (45) Ceci est donc un aspect à encourager.

L'allaitement maternel, enjeu de santé publique est repris dans le dernier Programme National Nutrition Santé (4). Les médecins généralistes sont tous convaincus du bénéfice que représente l'allaitement maternel en tant qu'élément de prévention et de santé publique. Comme ils s'occupent de l'obésité ou du diabète, l'allaitement maternel est à favoriser comme idée de meilleur aliment pour le nourrisson.

Il existe une législation en matière d'allaitement concernant les publicités comme nous l'avons vu précédemment, mais également au sein du code du travail. En effet, et en dehors de toute convention collective qui ne peut qu'améliorer les dispositions prévues par le code du travail, les femmes allaitantes disposent d'une heure, quotidienne, non rémunérée, pouvant être répartie en deux fois trente minutes, pour allaiter ou tirer leur lait sur leur lieu de travail, ce droit pouvant être utilisé durant la première année de vie de l'enfant. Les entreprises employant plus de cent femmes, doivent disposer d'un local approprié, avec notamment un moyen de réfrigération pour le lait tiré. (46) Les médecins généralistes de notre étude, connaissent ces dispositions, même si ce n'est pas dans le détail. Il est important de connaître la législation afin de pouvoir informer les patientes de leurs droits.

En effet, une large place est faite à la description des contraintes du travail pour la poursuite de l'allaitement maternel. Le sevrage semble inévitable pour la majorité des médecins interrogés, sauf les jeunes médecins femmes qui ont l'expérience d'avoir continué à allaiter tout en reprenant le travail, soit en tirant leur lait, soit en disposant d'une crèche sur leur lieu de travail. Les principales contraintes sont effectivement la

non application de la loi, les problèmes matériels et de local, et la stigmatisation de la société de ces allaitements considérés comme « longs », alors que les recommandations préconisent un allaitement exclusif de six mois. (47)

Le mouvement féministe est cité par les médecins généralistes interrogés comme un facteur d'influence sur le choix d'allaiter ou plutôt de ne pas allaiter. La philosophe Elisabeth Badinter nous offre une belle illustration de ce féminisme dans son livre « Le conflit, la femme et la mère ». Elle dresse une description du « *maternage passant par l'allaitement comme une servitude de la mère à son enfant : vous leur devez tout !* ». (48) À côté de ce point de vue, il existe également un mouvement féministe plutôt en faveur de l'allaitement. Il s'agit du « féminisme naturaliste », des femmes scandinaves par exemple.

A côté de ces réflexions militantes, la notion que l'allaitement maternel soit le moyen le plus naturel de nourrir les enfants est largement reprise par les médecins généralistes interrogés. Pour certains, l'allaitement est considéré comme la normalité dans l'espèce humaine, mais l'apparition des substituts du lait maternel a mis les parents devant un choix qui n'existait pas il y a une centaine d'années. Après une époque où les substituts étaient vus comme une avancée, on retrouve un nouvel intérêt pour l'allaitement maternel. Il existe alors une normalisation d'un comportement qui se veut être un choix... (42) On voit ici tout le paradoxe que suggère l'allaitement maternel : geste ancestral réalisé depuis la nuit des temps et ayant contribué à la survie de l'espèce; il est devenu un choix du fait de l'apparition de substituts à celui-ci.

### III. Identification des freins et moteurs à la promotion et au soutien à l'allaitement maternel

L'objectif secondaire de notre travail de thèse est d'identifier les freins et les moteurs à la promotion et au soutien de l'allaitement maternel parmi les représentations de l'allaitement maternel des médecins généralistes. Finalement, peut-on réellement identifier ces facteurs ? Il semble qu'il existe effectivement des freins et facteurs facilitants, mais avec quelques nuances. Nous ne reviendrons pas sur les facteurs positifs et négatifs influençant le choix des mères à allaiter.

Il semble indiscutable que le médecin généraliste n'a pas une formation initiale suffisante. Nous l'avons vu précédemment. Ce manque de formation est un frein indéniable à la promotion et au soutien de l'allaitement maternel. Même quand ils déclarent avoir reçu cette formation, ils la trouvent inadaptée, à une exception près. Néanmoins, presque un tiers des médecins interrogés a fait une démarche de formation médicale continue pour pallier à cette carence. La formation est donc un axe à privilégier, qu'elle soit initiale ou continue. De nombreux travaux ont déjà souligné ce point.

Les médecins généralistes interrogés déplorent un « échappement » dans le suivi des femmes enceintes et de leur nourrisson entre le dernier mois de grossesse et le premier mois de vie. Est-ce réellement un problème ? Pour certains, si le suivi est fait correctement par d'autres professionnels, ce n'est pas un frein. Pour d'autres

malheureusement, l'insuffisance de dialogue interprofessionnel et de coordination des soins devient un obstacle à une bonne prise en charge de l'allaitement maternel.

A côté de ces freins potentiels, nous pouvons souligner que les médecins généralistes interrogés connaissent tous les bases physiologiques de l'allaitement maternel, et surtout sont convaincus à l'unanimité de ses bienfaits. Ils ont connaissance des recommandations et essaient de les appliquer.

Leurs qualités intrinsèques d'investissement, d'implication et de disponibilité sont évidemment des atouts à la promotion et au soutien de l'allaitement maternel. Nous pouvons également rapprocher de ces qualités, leur rôle de premier recours. L'expérience personnelle des médecins ou de leur conjointe en matière d'allaitement maternel a une influence positive sur leur confiance et leur capacité à promouvoir et soutenir l'allaitement maternel. Cette caractéristique est retrouvée dans nos entretiens et dans la littérature.

Certaines des compétences du médecin généraliste d'après la définition de la WONCA, telles la continuité des soins et l'approche globale centrée sur le patient sont également des moteurs pour faire du médecin généraliste un acteur dans la promotion et le soutien à l'allaitement maternel.

Enfin, cette relation particulière qu'est la relation médecin-patient en médecine générale, par des contacts répétés, donne un certain crédit au discours du médecin généraliste. Ils le disent aux mêmes : les patients ont confiance en eux.

## CONCLUSION

L'objectif principal de notre étude a été de relever les représentations des médecins généralistes vis à vis de l'allaitement maternel, et dans un deuxième temps d'identifier les freins et les moteurs à la promotion et au soutien de l'allaitement maternel.

Les médecins généralistes de notre étude citent un certain nombre de facteurs contextuels influençant le choix d'allaiter de leur patiente. On retrouve les influences de l'entourage, du père de l'enfant, de la société, de la religion, de la reprise du travail, de la géographie, du temps, de l'économie, de la politique et du mouvement féministe notamment.

Ils sont unanimement convaincus de la supériorité de l'allaitement maternel. Ils ont connaissance des recommandations, des bienfaits pour l'enfant, mais aussi pour les mères, et savent plus ou moins prendre en charge les principales complications de l'allaitement.

Malgré ces éléments, ils se sentent insuffisamment formés du point de vue de la formation initiale. Environ un tiers des médecins a eu recours à la FMC pour parfaire ses connaissances.

L'expérience personnelle des médecins généralistes vis à vis de l'allaitement semble être un atout dans sa prise en charge.

Quelles seraient les voies d'amélioration de la promotion et du soutien de l'allaitement maternel par les médecins généralistes ?

Comme beaucoup de travaux précédents français (25)(23)(12)(13) ou anglo-saxons (49)(11)(50)(26)(51), le perfectionnement de la formation initiale et continue semble indispensable à une meilleure prise en charge. Il apparaît que la formation doit être renforcée sur un plan plus pratique par des mises en situation comme les ECOS utilisés dans une étude américaine, ou des objectifs de stage clairement identifiés au cours des stages d'externe et d'interne en pédiatrie et gynécologie, ou médecine générale.

L'optimisation de la coordination des soins entre professionnels est un autre point important. A l'heure des réseaux et autres regroupement pluri-professionnels, les médecins généralistes souffrent d'un manque de communication et de réciprocité. Il a d'ailleurs été démontré qu'une équipe travaillant en collaboration a plus de chance d'augmenter le taux d'allaitement maternel que des initiatives individuelles sans concertation.

Ce travail pourrait être initié dès le séjour à la maternité en effectuant un test prédictif de la durée d'allaitement maternel, sur le modèle du LATCH score. En cas de score à risque d'arrêt précoce, une attention particulière serait portée pour soutenir la maman, en lui recommandant de consulter dans les huit à dix jours son médecin généraliste ou son pédiatre. Le résultat du test pourrait être remis avec le carnet de santé pour que l'information puisse être transmise facilement au médecin ou pédiatre traitant. L'idéal serait de l'envoyer par courrier également. Le relais serait donc fait et la consultation précoce proposée au couple mère-enfant à risque de difficultés.

Enfin, l'idée de la mise en place d'un « conseil minimal allaitement » nous a séduites. En effet, puisqu'il a des effets positifs sur les changements de comportement dans le cadre

des addictions tabagique et alcoolique, pourquoi ne pas l'adapter à l'allaitement maternel. Nous sommes évidemment en dehors du cadre d'une conduite addictive, mais si on assimile l'allaitement maternel à un comportement, on se rapproche de cette réflexion. Pour tester cette approche, il serait intéressant de faire une étude d'intervention, en faisant deux groupes de médecins : un groupe réalisant le conseil minimal et l'autre ne le réalisant pas, pour ensuite comparer le taux de femmes allaitantes parmi leur patientèle respective à la naissance, à un mois, à six mois.

Une aide à grand échelle des pouvoirs publics nous semble également nécessaire : sous la forme par exemple de campagne de promotion « grand public » dans la lignée de la campagne sur la prescription des antibiotiques qui est un réel succès. D'autres outils déjà proposés, comme la consultation dédiée précoce décrite dans le rapport du Pr Turck, sont également à mettre en place effectivement.

Largement étudié, l'allaitement maternel est un sujet qui passionne. Pourtant, son taux en France reste parmi les plus bas d'Europe. Les professionnels de santé et plus particulièrement les médecins généralistes vont devoir faire preuve de davantage d'innovation et de qualités de persuasion pour favoriser sa progression chez leurs patientes.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Gojard S. L'allaitement, une norme sociale. Spirale. 2003;27(3):133.
2. World Health Organization. Evidence on the long-term effects of breastfeeding : review and meta-analysis. 2007.
3. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Allaitement maternel mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations. 2002.
4. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. PNNS 2011-2015 [Internet]. 2011 [cité 26 janv 2013]. Disponible sur: <http://www.mangerbouger.fr/pnns-2011-2015.html>.
5. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. Public Health Nutr. févr 2005;8(1):39- 46.
6. Saliba E. La périnatalité en région Centre en 2010. 2012.
7. TURCK Dominique. Plan d'action : Allaitement maternel [Internet]. 2010 juin 40 pages. Report No.: 104000420. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000420/index.shtml>.
8. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Revue Médicale de l'Assurance Maladie. 2001;32(2):117- 121.
9. Frappé P. Initiation à la recherche. France: Wolters Kluwer Health; 2011.
10. Vuylsteker, Laurie, Ollivon-Herman, Judith. Prise en charge des complications maternelles de l'allaitement par les médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais en 2009. Exercer. 2011;(99):178- 179.
11. Brodribb W, Fallon A, Jackson C, Hegney D. Breastfeeding and Australian GP registrars--their knowledge and attitudes. J Hum Lact. nov 2008;24(4):422- 430.
12. Gaillat Jambu, C. Les internes et l'allaitement maternel : impact du module du D.E.S. de médecine générale à Toulouse en 2007. Thèse med. Toulouse, Université Paul Sabatier; 2010.
13. Debonnet-Gobin, V. Allaitement maternel et médecine générale : étude à propos des représentations et des connaissances de 18 médecins généralistes, s'articulant autour d'une soirée de formation médicale continue. Thèse med. Amiens, Université de Picardie; 2005.
14. Duchesne S, Haegel F. L'entretien collectif : L'enquête et ses méthodes. Armand Colin; 2005.
15. Blanchet A, Gotman A. L'entretien: L'enquête et ses méthodes. 2e édition. Armand Colin; 2010.
16. B.Miles M, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. De Boek Université. Bruxelles: De Boek & Larcier; 2003.
17. Taïeb S, Vennin P, Carpentier P. EBM et choix du patient Concepts et outils. Médecine. 2005 [cité 1 nov 2012]; Disponible sur: [http://www.sante.univ-nantes.fr/med/medgen/mds/Doc%20ECA%20DES/Doc%20ECA%20DES/E.B.M.%20\(Evidence%20Based%20Medecine\)/S.Taieb,%20P.%20Vennin,%20et%20al.%20\(2005-2006\).pdf](http://www.sante.univ-nantes.fr/med/medgen/mds/Doc%20ECA%20DES/Doc%20ECA%20DES/E.B.M.%20(Evidence%20Based%20Medecine)/S.Taieb,%20P.%20Vennin,%20et%20al.%20(2005-2006).pdf).
18. Dortier J-F. L'univers des représentations ou l'imaginaire de la grenouille. juin 2002;(128).
19. Moscovici S, Lagache D. La Psychanalyse : Son image et son public, étude sur la représentation sociale de la psychanalyse. Presses universitaires de France Vendôme,

Impr. des P.U.F.; 1961.

20. Kelly D, O'Dowd T, Reulbach U, Ladewig E. Association entre allaitement maternel et affections respiratoires chez le nourrisson. *Exercer*. 2012;(101(supp.2)):76S- 77S.

21. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. AHRQ Publication No. 2007;07-E007.

22. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [cité 6 janv 2013]. Disponible sur:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003517.pub2/abstract>

23. Jacotot E. Etat des lieux : formation initiale des médecins français en allaitement maternel. Thèse med. Lyon, Université Claude Bernard; 2012.

24. Rivière, F. Connaissances et pratiques des jeunes médecins généralistes dans l'accompagnement à l'allaitement maternel . Thèse med. Nantes, Université de Nantes; 2002.

25. Acroute Vial, F. Connaissances, compétences et formations des internes de médecine générale à Nice concernant l'allaitement maternel. Thèse med. Nice, Université de Nice-Sophia Antipolis; 2009.

26. Haughwout JC, Eglash AR, Plane MB, Mundt MP, Fleming MF. Improving residents' breastfeeding assessment skills: a problem-based workshop. *Fam Pract*. déc 2000;17(6):541- 546.

27. MG FORM. L'allaitement maternel : rien de plus naturel ! [Internet]. 2012 [cité 21 janv 2013]. Disponible sur:

[http://www.mgform.org/index.php?ff\\_name=description&option=com\\_facileforms&Itemid=97&ff\\_param\\_description=143](http://www.mgform.org/index.php?ff_name=description&option=com_facileforms&Itemid=97&ff_param_description=143)

28. 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.

29. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002.

30. Salavane B, De Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épifane, France, 2012. *BEH*. 18 sept 2012;(34):383- 387.

31. Rollnick S, Miller WR. Pratique de l'entretien motivationnel : Communiquer avec le patient en consultation. InterEditions; 2009.

32. Kumar SP, Mooney R, Wieser LJ, Havstad S. The LATCH scoring system and prediction of breastfeeding duration. *J Hum Lact*. nov 2006;22(4):391- 397.

33. Titre III: Publicité et pratiques commerciales concernant les préparations pour nourrissons [Internet]. loi n° 94-442 juin 3, 1994. Disponible sur:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000713621&dateTexte=>

34. Pris en application de l'article L. 121-53 du code de la consommation relatif à la distribution gratuite des préparations pour nourrissons, à la documentation et au matériel de présentation les concernant [Internet]. Décret n° 98-688 juill 30, 1998. Disponible sur:

[http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19980808&numTexte=12154&pageDebut=12154&pageFin=](http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19980808&numTexte=12154&pageDebut=12154&pageFin=)

35. OMS. Le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel. 1981.

36. Petits cadeaux: des influences souvent inconscientes, mais prouvées. *Prescrire*. 2011;31(335):694- 6.
37. 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*. 2009;338:a3026.
38. Hoddinott P, Chalmers M, Pill R. One-to-one or group-based peer support for breastfeeding? Women's perceptions of a breastfeeding peer coaching intervention. *Birth*. juin 2006;33(2):139- 146.
39. Graffy J, Taylor J, Williams A, Eldridge S. Randomised controlled trial of support from volunteer counsellors for mothers considering breast feeding. *BMJ*. 3 janv 2004;328(7430):26.
40. 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.
41. Winnicott DW. *Le bébé et sa mère*. Payot; 1992.
42. Razurel C. Les représentations de l'allaitement dans la relation patientes/sages-femmes. *Recherche en soins infirmiers*. 2003;(72):121- 144.
43. Sabbagh V. *L'allaitement maternel en médecine générale : représentations, vécu des mères et perception du suivi par le médecin généraliste : enquête qualitative auprès de 17 mères de Rhône-Alpes* Thèse med. Lyon, Université Claude Bernard; 2012.
44. Borgnat-Jambon A. *L'allaitement maternel en médecine générale : représentations, attitudes pratiques des médecins généralistes et perception du vécu de leurs patientes : étude qualitative auprès de 17 médecins généralistes de Rhône-Alpes* Thèse med. Lyon, Université Claude Bernard; 2012.
45. Ibanez G, De Reynal de Saint Michel C, Denantes M, Saurel-Cubizolles M-J, Ringa V, Magnier A-M. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials evaluating primary care-based interventions to promote breastfeeding in low-income women. *Fam Pract*. juin 2012;29(3):245- 254.
46. Code du travail. Première partie, livre II, Chapitre V, sous-section 5 : dispositions particulières à l'allaitement.
47. Fadda G. *Allaitement maternel et travail : enquête sur le vécu et les représentations de 29 mères actives* Thèse med. Paris, Centre hospitalier universitaire Pitié-Salpêtrière; 2004.
48. Badinter E. *Le Conflit : La Femme et la mère*. Le Livre de Poche; 2011.

## ANNEXE 1

### Trame d'entretien du focus group

Notre travail de thèse a pour thème la prise en charge de l'allaitement maternel par le médecin généraliste. Nous vous avons réunis aujourd'hui pour un entretien collectif, appelé aussi focus group. L'entretien sera enregistré afin d'en faire une analyse très précise. Nous vous demanderons de respecter la parole de chacun en prenant la parole chacun votre tour. Nous allons vous poser des questions où nous recherchons à avoir le point de vue de chacun. Toutes les idées sont intéressantes, même, et surtout celles qui sont divergentes. La retranscription des focus group sera anonymisée et vous recevrez le résultat de notre recherche.

1. Que représente l'allaitement maternel dans votre pratique?  
(Relance : d'un point de vue biomédical, social, personnel, psychologique)
2. Pouvez-vous nous décrire votre dernière expérience en pratique, en matière d'allaitement maternel ?  
(Relance : description d'une consultation vécue)
3. Comment abordez-vous le thème de l'allaitement maternel avec vos patients ?
4. Comment surmontez-vous les difficultés, s'il y en a, dans la promotion et l'accompagnement de l'allaitement maternel ?  
(Relance : quelle est votre attitude quand une femme ne veut pas allaiter ou veut arrêter précocement ?)
5. Dans quelle mesure vous sentez-vous concerné à la promotion de l'allaitement maternel et à son soutien ?  
(Relance : en quoi cela fait-il partie ou non, de votre rôle de médecin généraliste ?)
6. Quelles propositions feriez-vous pour optimiser la promotion et l'accompagnement de l'allaitement maternel en France ?
7. Avez-vous quelque chose à ajouter qui vous semble important et qui n'aurait pas été dit ?

## ANNEXE 2

### Trame d'entretien des entretiens semi-directifs (version finale)

1. Prenez-vous en charge des mères et des nourrissons? Racontez-moi ?  
(Relance : et plus spécifiquement concernant l'alimentation ?)
2. Racontez-moi une de vos expériences, en pratique, en matière d'allaitement maternel ?  
(Relance : Racontez moi quand cela se passe bien? et moins bien ?)
3. Comment abordez-vous le thème de l'allaitement maternel avec vos patients ?  
(Relance : à quelles occasions ?)
4. Diriez-vous que vous êtes concerné par la promotion de l'allaitement maternel et à son soutien ? et pourquoi ?  
(Relance : en quoi cela fait-il partie ou non, de votre rôle de médecin généraliste ?)
5. Comment vous situez-vous sur ce sujet par rapport aux autres professionnels intervenants dans la périnatalité ?  
(Relance : quel est selon vous le rôle des gynéco-obstétriciens, des sages femmes, des pédiatres, de la PMI, des pharmaciens?)
6. Avez-vous connaissance de campagnes ou mesures de sensibilisation à l'allaitement maternel dans votre département ? dans votre région ? au niveau national ? Qu'en pensez-vous ?  
(Relance : connaissez-vous des associations de soutien à l'allaitement ? des structures de formation ?)
7. Que pensez-vous de l'allaitement maternel en général ?  
(Relance : d'un point de vue bio médical, social, culturel/ethnique/religieux, psychologique, personnel ? sein sexuel/sein nourricier ?)
8. Avez-vous, vous ou votre compagne, vécu une expérience personnelle d'allaitement ? Pouvez-vous m'en dire plus ?
9. Avez-vous quelque chose à ajouter sur l'allaitement maternel qui n'aurait pas été dit ?

### ANNEXE 3

#### Fiche de renseignements des médecins interrogés

Tranche d'âge :

- ♣ 20-30 ans
- ♣ 31-40 ans
- ♣ 41-50 ans
- ♣ 51-60 ans
- ♣ > 60 ans

Genre : masculin  féminin

Êtes vous installé ou remplaçant ?

♣ Si installé, quelle est votre année d'installation :

Type d'exercice : Rural  Seul   
Semi rural  En groupe   
Urbain

Avez vous une expérience personnelle de l'allaitement maternel ?

OUI  NON

Avez vous eu des enseignements sur l'allaitement maternel au cours de votre formation initiale ?

OUI  NON

Avez vous participé à une ou plusieurs sessions de FMC sur l'allaitement maternel ?

OUI  NON

Vous pouvez noter ici votre adresse mail pour que nous vous envoyions le résultat de notre travail de thèse :

## ANNEXE 4

### Poster présenté au congrès du CNGE de novembre 2012

#### ALLAITEMENT MATERNEL : REPRÉSENTATIONS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES d'après une étude qualitative de médecins généralistes du Cher et du Loiret



D. Rubé Millon, C. Sosiewicz Lengsavath, A. Ichir

**Introduction** : Les bienfaits de l'allaitement maternel pour la mère et pour l'enfant sont reconnus, malgré tout le taux d'initiation de l'allaitement maternel en France et sa durée font partis des plus bas d'Europe. Pourtant, ces dernières années ont vu un net regain d'intérêt pour ce thème, notamment parmi les travaux de thèses de médecine générale ou mémoires de sage femme. Simple « effet de mode » ou véritable enjeu de santé publique ? Nous avons cherché à savoir quelles représentations de l'allaitement maternel se faisaient les médecins généralistes du Cher et du Loiret afin d'en dégager les freins et les moteurs à sa promotion et à son soutien.

**Méthode** : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels et entretien collectif de médecins généralistes, dans les départements du Cher et du Loiret. Les entretiens ont été intégralement enregistrés et retranscrits. Le choix de deux méthodes qualitatives permet une triangulation des données.

**Résultats et analyse** : Nous avons réalisé 16 entretiens individuels au total, 8 dans chaque département, et un focus group. La durée des entretiens individuels varie de 12 à 37 minutes, celle du focus group est de 70 minutes. Nous avons arrêté les entretiens à saturation des données. Nous avons réalisé un échantillonnage raisonné en recrutant des médecins généralistes diversifiés du fait de leur âge, genre, lieu d'installation, travail en groupe ou seul, expérience personnelle de l'allaitement maternel (le médecin ou sa conjointe). (cf. tableau)

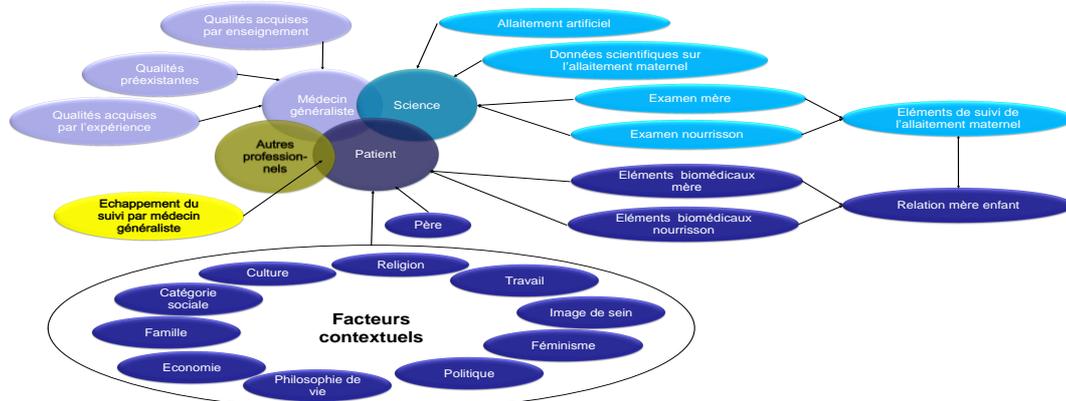
	urbain	rural	semi rural	groupe	seul	remplaçant	expérience personnelle de l'allaitement
Médecins femmes	9	2	1	10	0	4	6
Médecins hommes	6	3	2	6	4	1	7
Total	15	5	3	16	4	5	13

L'analyse thématique de contenu est réalisée en double aveugle par chacune des chercheuses. Une mise en commun est ensuite effectuée en présence du directeur de thèse afin d'établir un livre de codes, puis un journal de thématization, dans le but de réaliser une triangulation de l'analyse.

Le travail d'analyse, actuellement en cours, permet de dégager plusieurs thèmes et idées fortes des représentations de l'allaitement maternel chez les médecins généralistes.

Nous avons recontextualisé les premiers codes trouvés en nous basant sur le schéma de la théorie de l'Evidence Based Medicine (EBM) <sup>1</sup> qui nous a paru pertinente pour analyser un phénomène aussi complexe que l'allaitement maternel.

D'après J-F Dortier <sup>2</sup> : « les représentations mentales sont organisées autour de pôles de référence. » Les pôles de référence sont ici représentés par les 3 cercles du schéma de l'EBM. (cf. schéma)



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. » <sup>3</sup>

Nos entretiens nous ont permis d'aboutir à des conclusions concordantes. Les représentations de l'allaitement maternel des médecins généralistes sont corrélées à leurs expériences personnelles et professionnelles, ainsi qu'à leurs connaissances. Elles sont fortement liées aux représentations qu'ils se font de leurs patients. En effet, les facteurs contextuels liés au patient sont très développés. Nous retrouvons des déterminants déjà connus dans la littérature influençant le choix de l'allaitement maternel : l'origine culturelle, l'origine sociale, la reprise du travail, le soutien du père. D'autres déterminants moins présents dans la littérature sont identifiés : la politique, la religion, le mouvement féminisme, ou bien encore le fait d'avoir une certaine « philosophie de la vie ».

Deux thèmes forts émergent :

-A l'unanimité, les médecins interrogés déclarent être en faveur de la promotion de l'allaitement maternel, en évitant l'écueil de la culpabilisation des femmes qui ne souhaitent pas allaiter leur enfant.

-Une majorité des médecins interrogés souligne l'échappement du suivi par le médecin généraliste des femmes et des nourrissons entre le 8ème mois de grossesse et la consultation du premier mois du nourrisson.

#### Discussion

Le principal point faible de notre étude est un biais d'investigation. En effet, il existe une différence dans la durée des entretiens des deux chercheuses.

Le principal point fort de notre étude est la réalisation d'une triangulation des données et une triangulation de l'analyse.

#### Conclusion

L'engagement du médecin généraliste dans la promotion et le soutien de l'allaitement maternel est multidimensionnel. A partir des thèmes retrouvés dans cette étude qualitative, il pourrait être intéressant d'effectuer une recherche quantitative afin de pondérer les thèmes et d'en dégager des objectifs d'actions de santé publique dans le cadre de la promotion de l'allaitement maternel.

#### Bibliographie

1. S. Taieb, P. Vennin, P. Carpentier. Première partie : décider, sur quelle « evidence »? Médecine. 2005 nov;1(2):90-2.
2. Dortier J-F. L'univers des représentations ou l'imaginaire de la grenouille. 2002 juin;(128).
3. Moscovici S, Lagache D. La Psychanalyse : Son image et son public, étude sur la représentation sociale de la psychanalyse. Presses universitaires de France Vendôme, Impr. des P.U.F.; 1961.

**Avis favorable de la  
Commissions des thèses  
du Département de Médecine Générale  
en date du *31 mai 2012***

**Le Directeur de Thèse**

**Vu le Doyen  
de la Faculté de Médecine de Tours**

## **RESUME**

En France, le taux d'initiation d'allaitement maternel et sa durée font partie des plus bas d'Europe. L'allaitement est pourtant au centre de nombreux travaux de thèses de médecine ces dernières années. Le but de notre étude a été d'identifier les représentations de médecins généralistes vis à vis de ce thème et d'en dégager les freins et les moteurs à sa promotion et à son soutien

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés et un focus group, pour un total de 23 médecins interrogés dans le Cher et le Loiret. A l'unanimité les médecins interrogés sont favorables à l'allaitement maternel. Leurs qualités intrinsèques, leurs savoir-faire et leur expérience personnelle de l'allaitement maternel sont des moteurs à sa promotion. Leur manque de formation initiale et continue, la mauvaise coordination des professionnels de la périnatalité, et l'existence d'un « échappement » du suivi des mères en fin de grossesse et des nourrissons sont des freins.

La réalisation d'un test prédictif du bon déroulement de l'allaitement pourrait être mis en place à la maternité afin de cibler les couples mère-enfant nécessitant une consultation dédiée précoce chez leur médecin traitant. Un concept émerge, celui de mettre en place un « conseil minimal allaitement » sur le principe de ce qui est réalisé dans la prise en charge des addictions.

Au total, l'optimisation de la prise en charge de l'allaitement maternel nécessite une amélioration de la formation initiale et continue, une meilleure coordination des professionnels et l'utilisation d'outils de motivation innovants.

**MOTS CLES :** allaitement maternel, médecine générale, représentations, conseil minimal, formation initiale, coordination, continuité des soins

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

## Faculté de Médecine de TOURS

**Rubé Delphine épouse Millon  
Sosiewicz Catherine épouse Lengsavath**

**Thèse n°**

46 pages – un tableau – une figure

### **Résumé :**

En France, le taux d'initiation d'allaitement maternel et sa durée font partie des plus bas d'Europe. L'allaitement est pourtant au centre de nombreux travaux de thèses de médecine ces dernières années. Le but de notre étude a été d'identifier les représentations de médecins généralistes vis à vis de ce thème et d'en dégager les freins et les moteurs à sa promotion et à son soutien

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés et un focus group, pour un total de 23 médecins interrogés dans le Cher et le Loiret. A l'unanimité les médecins interrogés sont favorables à l'allaitement maternel. Leurs qualités intrinsèques, leurs savoir-faire et leur expérience personnelle de l'allaitement maternel sont des moteurs à sa promotion. Leur manque de formation initiale et continue, la mauvaise coordination des professionnels de la périnatalité, et l'existence d'un « échappement » du suivi des mères en fin de grossesse et des nourrissons sont des freins.

La réalisation d'un test prédictif du bon déroulement de l'allaitement pourrait être mis en place à la maternité afin de cibler les couples mère-enfant nécessitant une consultation dédiée précoce chez leur médecin traitant. Un concept émerge, celui de mettre en place un « conseil minimal allaitement » sur le principe de ce qui est réalisé dans la prise en charge des addictions.

Au total, l'optimisation de la prise en charge de l'allaitement maternel nécessite une amélioration de la formation initiale et continue, une meilleure coordination des professionnels et l'utilisation d'outils de motivation innovants.

### **Mots clés :**

-allaitement maternel	-conseil minimal
-médecine générale	-formation initiale
-représentations	-coordination
-continuité des soins	

### **Jury :**

**Président de Jury : Monsieur le Professeur Alain Chantepie**  
**Membres du jury : Madame le Professeur Chantal Maurage**  
**Monsieur le Professeur François Labarthe**  
**Monsieur le Docteur Eric Drahi**  
**Monsieur le Docteur Alain Ichir**

**Date de la soutenance :** 14 mars 2013