



UNIVERSITE LILLE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2018

THESE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

L'allaitement long : Vécu de médecins généralistes du Nord
Etude qualitative par entretiens semi-dirigés

Présentée et soutenue publiquement le 22 Juin 2018 à 14h

Au Pôle Formation

Par Mathilde RUYSEN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur TURCK

Assesseurs :

Monsieur le Professeur JARDRI

Madame le Professeur CHARKALUK

Monsieur le Docteur BAYEN

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur OLLIVON

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABREVIATIONS

AL	Allaitement Long
AM	Allaitement Maternel
AUEC	Attestation Universitaire d'Etude Complémentaire
BEH	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
DU	Diplôme Universitaire
FMC	Formation Médicale Continue
HAS	Haute Autorité de Santé
IHAB	Initiative Hôpital Ami des Bébé
MG(s)	Médecin(s) Généraliste(s)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNNS	Programme National Nutrition Santé
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

TABLE DES MATIERES

Résumé	1
Abstract	2
Introduction	3
Matériels et méthodes	7
1. Type d'étude	7
2. Population étudiée	7
3. Guide d'entretien	8
4. Recueil de données	8
5. Analyse des données	8
6. Bibliographie	9
Résultats	10
1. Caractéristiques de la population	10
2. Les représentations des médecins généralistes	12
2.1. Perceptions ambiguës de leurs connaissances.....	12
2.1.1. Des recommandations discutées.....	12
2.1.2. Des taux et durées d'allaitement maternel en France perfectibles.....	13
2.1.3. Une mauvaise position de la France vis à vis d'autres pays.....	13
2.1.4. Des bénéfices attendus de l'allaitement long incertains.....	14
2.1.4.1. Les spécificités des bénéfices affectifs et relationnels.....	14
2.1.4.2. Un avantage nutritionnel avec des limites.....	16
2.1.4.3. Les inimitables bénéfices immunitaires pour le nourrisson.....	16
2.1.4.4. D'autres bénéfices inconstamment cités.....	16
2.2. Des adages véhiculés.....	17
2.3. L'expérience professionnelle de l'allaitement maternel.....	17
2.3.1. La formation initiale insuffisante et disparate.....	17
2.3.2. La formation continue nécessaire.....	18
2.4. L'expérience personnelle d'allaitement.....	18
2.4.1. L'impact de leurs expériences sur leur pratique.....	18
2.4.2. L'effet miroir.....	19
2.4.3. L'intérêt d'expérimenter.....	19
2.5. La tété de bienvenue facilitatrice et le tire-lait libérateur.....	20
2.6. Leurs perceptions ambivalentes de l'allaitement long.....	20
2.6.1. Des définitions multiples du caractère long.....	20
2.6.2. La diversité des situations d'allaitement long.....	20
2.6.3. Les phénomènes intriqués à l'allaitement long.....	22
2.7. Les représentations antithétiques de l'allaitement artificiel.....	23
2.8. L'ambivalence de leurs ressentis tout au long du suivi.....	23
2.9. Favorables mais sceptiques face à l'allaitement long.....	25
2.9.1. Favorables à l'allaitement mais moins dans la durée.....	25
2.9.2. Conséquences : paradoxes et compositions.....	26

3. La perception des mères par les médecins	27
3.1. Leurs motivations individuelles	27
3.2. Leurs ressentis dominés par les peurs et la pression.....	27
3.3. Leurs connaissances incertaines.....	29
3.4. Les écueils renvoyés aux médecins généralistes.....	30
3.5. Leur acceptation de la tétée de bienvenue	31
3.6. L'impact de leurs bagages socio-économico-culturels	31
3.7. Description de profils-types de patientes	33
3.7.1. Profils discordants de mères non allaitantes	33
3.7.2. Profil des mères indécises	34
3.7.3. Profil des mères enclines à l'allaitement maternel	35
3.7.4. Facteurs influençant durablement l'allaitement long	35
3.7.5. Possibles particularités des enfants allaités longtemps	36
3.8. Les mères responsables de leurs décisions.....	37
4. Le retentissement de la société	38
4.1. Les représentations sociétales de l'allaitement long	38
4.2. La trajectoire de ces représentations sociétales.....	39
4.3. Suggestion d'une influence sociétale anti-allaitement	40
4.4. Renvoi à la sexualité et à la connotation sexuelle du sein	40
4.5. Reflet de l'image de la femme	40
4.6. Organisation de société	41
4.6.1. En France.....	41
4.6.1.1. L'accès au congé maternité.....	41
4.6.1.2. Le droit inconstant d'un temps pour allaiter au travail	41
4.6.1.3. Le possible congé parental.....	42
4.6.1.4. L'évocation d'un congé allaitement	42
4.6.1.5. Le développement des crèches facilitant	43
4.6.2. S'inspirer d'autres modèles sociétaux et économiques	43
4.6.3. Source d'inégalités	44
4.6.4. Moyen d'égalité en santé	44
5. Les stratégies mises en place	45
5.1. Places et rôles des médecins généralistes.....	45
5.2. Eduquer pour permettre un cheminement	45
5.3. Délivrer l'information pour une décision éclairée	46
5.3.1. Contenu large répété.....	46
5.3.1. Supports multiples.....	46
5.3.2. Autres personnes ressources.....	47
5.4. Ajuster les objectifs	47
5.5. Adapter la communication	48
5.5.1. Ecoute active et empathie	48
5.5.2. Homogénéisation des discours	49
5.6. Soutenir	49
5.6.1. Soutien pratique	49
5.6.2. Soutien psychologique	50
5.6.3. Renforcement positif et entretien motivationnel	50
5.7. Nécessité de disponibilité	51
5.8. Un suivi centré sur le patient	51
5.8.1. Explorer les choix et les attentes des mères.....	52
5.8.2. Abord difficile de la question de l'allaitement prolongé	53
5.8.3. L'intérêt de consultations dédiées	54
5.8.4. Prendre en compte l'environnement	55
5.8.5. Inclure le père.....	55

5.8.6. Surveiller l'équilibre familial	57
5.8.7. Veiller à l'entourage.....	57
5.8.8. La reprise du travail.....	58
5.8.8.1. Principale difficulté.....	58
5.8.8.2. Stratégies mises en place pour poursuivre l'allaitement	59
5.8.9. Le sevrage.....	59
5.9. Coordonner les soins.....	61
5.9.1. Avec les maternités	61
5.9.2. Travailler en équipe.....	62
5.9.3. Au sein d'un réseau.....	63
6. La promotion de l'allaitement long	64
6.1. L'ambivalence des médecins généralistes	64
6.2. Les autres intervenants	65
6.3. La place des médias	65
6.4. Le rôle des pouvoirs publics	66
Discussion	67
1. Forces et limites de l'étude.....	67
1.1. Forces de l'étude	67
1.1.1. Validité externe liée au recrutement.....	67
1.1.2. Forces liées au recueil des données.....	68
1.1.3. Validité interne liée à l'analyse des données	68
1.2. Limites de l'étude.....	68
1.2.1. Limites liées au recrutement	68
1.2.2. Limites liées au recueil de données	69
1.2.3. Limites liées à l'analyse des entretiens	69
2. Comparaison aux connaissances actuelles	70
2.1. Optimiser les connaissances des médecins généralistes	71
2.2. Changer de paradigme vers la prévention.....	72
2.3. Délivrer une information claire et précoce	73
3. L'approche centrée patient.....	74
3.1. Une approche holistique	74
3.2. Les attitudes bienveillantes des médecins généralistes	74
3.2.1. Induire du changement.....	74
3.2.2. S'en tenir au respect de la décision de la mère	75
4. Le regard de la société.....	76
4.1. L'allaitement maternel au profit du maternage	76
4.2. L'allaitement maternel comme expression de la parentalité.....	76
4.3. La traduction de féminismes dans les prises de décisions.....	77
5. La promotion de l'allaitement long	78
5.1. Le repérage des facteurs associés à l'allaitement prolongé.....	78
5.2. La mise en avant du lien mère-enfant	79
5.3. La participation primordiale du père	80
5.4. L'exercice pluriprofessionnel unifié	80
5.5. Le rôle inévitable des pouvoirs publics	81
5.6. L'influence des médias	82
Conclusion	83
Références bibliographiques	85
Annexes.....	91
Annexe 1 : Guide d'entretien	91
Annexe 2 : Graphiques utilisés lors des entretiens	92
Annexe 3 : Verbatim et codes.....	93

RESUME

Contexte : L'allaitement maternel exclusif est recommandé pendant les six premiers mois de l'enfant puis jusqu'à deux ans et plus en complément de la diversification. Ces « 1000 premiers jours », période cruciale où les comportements agissent sur le développement de l'enfant, sont une fenêtre d'action de prévention. L'initiation de l'allaitement augmente en France mais son maintien dans le temps reste un défi. Cette étude explorait le vécu de l'allaitement long de médecins généralistes, acteurs de premier recours.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels compréhensifs semi-dirigés de dix médecins généralistes du Nord recrutés par échantillonnage raisonné à variation maximale. Entretiens effectués à l'aide d'un guide d'entretien, enregistrés en audio et transcrits intégralement. Analyse par théorisation ancrée à l'aide du logiciel N'Vivo 11©, jusqu'à saturation des données et avec triangulation.

Résultats : Les médecins généralistes percevaient leurs connaissances comme ambiguës et améliorables. Leur formation, leurs expériences personnelles et professionnelles amenaient des projections, des représentations ambivalentes, disparates de ces situations d'allaitement long. Tous mettaient leurs compétences au service du soutien des mères, levant leurs peurs, explorant leurs freins et motivations. Ils respectaient leurs décisions, s'adaptaient et se refusaient d'être intransigeants. L'accompagnement des mères avec bienveillance apparaissait prioritaire dans une approche centrée sur leurs patientes dans leurs environnements bio-psycho-sociaux. Une information claire, précoce, répétée, homogène, multi-supports et coordonnée avec l'entourage et le réseau de soin était primordiale. L'abord de l'allaitement prolongé était confronté à de multiples obstacles sociétaux tels que le travail, la place de la femme, la sexualité et les inégalités d'accès aux congés. La promotion de l'allaitement long leur apparaissait difficile et devrait s'inspirer des modèles sociétaux de pays voisins.

Conclusion : Les médecins généralistes, acteurs de prévention, trouvaient leur place dans la promotion de l'allaitement maternel. Leurs efforts doivent être poursuivis. Des mesures doivent être mises en place pour optimiser leurs actions et elles doivent passer par les politiques de santé.

ABSTRACT

Background: Exclusive breastfeeding is recommended during the infants' first six months and up to two years of age and beyond with complementary foods. These « Thousand days » are a crucial time when behaviors impact on child development and are a window for preventive actions. Breastfeeding introduction increase in France but making it last is still a challenge.

Objective: This study explored long-term breastfeeding experiences of general practitioners, as first primary caregivers.

Method: Qualitative study by individual understanding interviews of ten general practitioners of the North of France recruited by reasoned sampling with maximal variation. Interviews carried out thanks to a guide, audio-recorded and faithfully transcribed. Analyse by grounded theory with the N'Vivo 11© software, up to data saturation point with triangulation.

Results: General practitioners perceived their knowledge as ambiguous and that can be improved. Their training, their personal and professional experiences brought to projections, to ambivalent and disparate representations of these extended breastfeeding situations among the different doctors interviewed. All of them put their skills at the service of mother's support, removing their fears and exploring their brakes and motivations. They respected their decisions, adjusted and refused to be inflexible. Mother's care with kindness appeared to be a priority in a patient-centered approach in their bio-psycho-social background. Clear, premature, repeated, consistent and multi-material information, coordinated with relatives and healthcare networks was essential. Through their approach of long-term breastfeeding, they had to deal with multiple societal challenges such as work, women's place, sexuality and unfair access to leave. Long-term breastfeeding promotion appeared to be difficult to them and societal models in some neighbouring countries should inspire it.

Conclusion: General practitioners, as major players in prevention, found their place in breastfeeding promotion. Their efforts should be pursued. Health policies should help them, measures have to be set up to maximize their actions.

INTRODUCTION

Le lait maternel est naturellement constitué de macro et micronutriments adaptés aux besoins de l'enfant. Il contient des substances bioactives stimulant les défenses immunitaires, contrairement aux formules lactées (1). Les effets bénéfiques de l'allaitement maternel (AM), dépendant du degré d'exclusivité et de sa durée, sont démontrés sur la santé de l'enfant à court et long termes, ainsi que sur celle de sa mère dans les pays développés et en voie de développement (2,3). La méta-analyse de Victora *et al.* parue dans *The Lancet* en 2016 rappelle les bénéfices attendus de l'AM dans les pays industrialisés (4). Elle confirme une réduction du risque infectieux et de malocclusions, un meilleur développement cognitif et une probable réduction de l'obésité à long terme et du diabète de type I chez l'enfant. Elle corrobore l'absence d'association de l'AM avec l'allergie, l'asthme, les chiffres de tension artérielle ou de cholestérol. Pour la mère, elle retrouve une protection contre le cancer du sein, un espacement des naissances et une probable protection contre le cancer de l'ovaire. Plus récemment, l'étude de Gunderson confirme que la durée de la lactation est associée à une incidence moindre de diabète de type II pour la mère (5,6). L'AM est aussi associé à une réduction du risque de mort inattendue du nourrisson (7).

Ces bénéfices sont le socle des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et du Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2011-2015 (8). Les experts recommandent une durée optimale d'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois,

pour une croissance adéquate (9). Lors de la diversification, les besoins évoluent et « le nourrisson doit recevoir des aliments complémentaires sûrs et adéquats du point de vue nutritionnel, en continuant d'être allaité jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus » (10).

Depuis 2010, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pointe l'importance des « 1000 premiers jours de vie », entre le début de la grossesse et la fin de la deuxième année de vie de l'enfant. Cette période constitue une fenêtre unique de susceptibilité de l'organisme durant laquelle l'environnement sous toutes ses formes (nutritionnel, écologique, psychoaffectif et socio-économique) imprime sur les gènes des marques épigénétiques durables (11). Les mécanismes sous-jacents aux bénéfices démontrés de l'AM ne sont pas tous élucidés aujourd'hui et laissent planer des incertitudes. Les travaux en cours sur l'origine développementale de la santé étudient comment la santé et le risque futur de maladie d'un individu, indépendamment des autres facteurs de risque classiques connus à l'âge adulte, sont conditionnés par l'épigénétique. Ces études, dont le projet Fédératif Hospitalo-Universitaire du Professeur Storme, mettent progressivement en lumière ces processus (12–15).

Le développement affectif du nourrisson, spécifique de l'homme, est intimement lié à ses relations précoces. Le besoin primaire d'attachement du bébé, développé par Bowlby est défini comme un système neurobiologique spécifique qui permet au nourrisson de se connecter à sa figure principale (16). Il crée un modèle de relations interpersonnelles qui se poursuit tout au long de sa vie et affecte sa santé mentale et physique. Cet équipement comportemental est constitué par un nombre déterminé de « réponses instinctives » qui l'orientent vers la figure d'attachement. Les réponses adéquates de cette dernière lui facilitent le développement d'une base de sécurité

qui au décours du processus d'individuation lui permettra de mieux se séparer (17). L'étude de cohorte française EDEN atteste de bénéfices de l'AM sur le développement psychomoteur et cognitif de l'enfant, ces éléments de preuves convergent vers une plus value pour sa santé mentale future (18,19).

Pendant cette période de vulnérabilité, les modes de vie et la nutrition nous permettent d'optimiser le capital santé de l'enfant et son devenir (20). Le changement de paradigme vers la prévention semblerait donc être de mise. En évitant des maladies à court et long termes, on perçoit l'impact économique de l'AM sur la santé de l'ensemble de la société. L'étude coût-bénéfice du vice-président de la Banque Mondiale chargé du développement humain l'a évalué (21).

En France, l'AM et la maternité sont associés à une image de servitude dans une société où la législation sur le congé maternité ne favorise pas sa pratique. On constate néanmoins aujourd'hui un retour à des valeurs plus naturelles dans une société en partie lassée du consumérisme (22). A l'image des sociétés scandinave et anglo-saxonne, l'allaitement réapparaît. Malgré une augmentation récente, les taux et la durée d'AM en France stagnent et restent parmi les plus bas d'Europe (23). Une volonté étatique (2) semblait vouloir redonner sa place à l'AM, via les associations, les consultantes en lactation, les professionnels de santé titulaires du Diplôme Inter-Universitaire de Lactation Humaine et Allaitement Maternel et l'expansion des maternités labellisées Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB) (24). Force est de constater que si l'initiation de l'AM s'est faite plus fréquente, son maintien dans le temps reste plus rare. Les publications du Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) de l'étude EPIFANE de 2012-2013 retrouve à 6 mois 23 % d'enfants allaités. A 1 an, seulement 9 % des enfants reçoivent du lait maternel (23).

Un groupe de travail de l'Agence Nationale d'Accréditation d'Evaluation en Santé a déjà mis en évidence que tout soutien à la sortie de maternité diminue le risque d'arrêt d'AM exclusif avant 6 mois (9). Il pointe une association significative avec le rôle du médecin traitant, les mères rapportant un manque d'encouragement de sa part en sortie de maternité, quittée précocement aujourd'hui (25).

Le médecin généraliste, souvent premier recours (26), par sa disponibilité et sa proximité, a sa place dans le soutien des femmes et la promotion de l'AM. Ces situations soulignent la complexité de la spécialité de médecine générale, par l'interrelation entre les compétences fondamentales, les champs d'activité et les dimensions spécifiques, et ce dans la durée (27).

Les politiques sanitaires et sociales actuelles s'intéressent logiquement aux femmes. Mais qu'en est-il de ceux qui sont censés porter ces actions et cette communication (28) ? Parmi ces professionnels, le MG traitant, acteur et promoteur de santé publique, reçoit et conseille des femmes enceintes et/ou allaitantes.

Les émotions fonctionnent comme un système de renforcement ou atténuation des comportements. Le positionnement notamment affectif et intellectuel qu'a un professionnel vis à vis d'une problématique n'aurait-il pas un impact sur sa pratique ? Que pensent les MGs de l'allaitement long (AL) ? Qu'en font-ils en consultation ?

L'objectif de cette étude était d'explorer les représentations et les ressentis des MGs dans leur vécu en soins primaires de l'AL. Il était secondairement souhaité de mettre en évidence les stratégies qu'ils adoptaient pour faire face à ces émotions et de mettre en lumière les difficultés rencontrées dans la promotion de l'AM.

MATERIELS ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs compréhensifs (29). La méthodologie qualitative était employée pour répondre à l'étude des représentations et des déterminants de la pratique professionnelle. Elle avait pour objectif de faire émerger des similitudes ou différences de notions au sujet des représentations de l'AL et de la réalité de terrain des MGs face à ces situations.

2. Population étudiée

L'étude a inclus des MGs du Nord par un échantillonnage raisonné en variation maximale pour refléter au mieux leur diversité et celle de leurs patientèles. Les MGs ont été choisis en prenant en compte leurs variétés d'expériences selon leurs lieux d'exercice, leurs âges estimés et les populations soignées, ce en connaissant les disparités en matière d'allaitement (30). Dans un second temps, des maîtres de stage du Nord ont été sollicités. Un premier recrutement était fait par téléphone ou mail, avec des relances à distance en l'absence de réponse. Les MGs étaient conviés à participer à une étude sur « l'alimentation du nourrisson » sans connaître précisément la question de recherche. Une durée d'entretien de 30 minutes à 1 heure était annoncée, selon les disponibilités des MGs et de l'enquêtrice.

Ce travail a été déclaré à l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) et n'entraîne pas dans le champ d'application de la loi Jardé.

3. Guide d'entretien

Un canevas d'entretien a été élaboré *a priori*. Il comprenait 10 questions ouvrant sur différents thèmes à évoquer au cours des entretiens avec des mots de relance. Ils s'achevait par un recueil de caractéristiques sociodémographiques des MGs interrogés (cf. Annexe 1). Il se voulait modulable pour permettre aux MGs interrogés de s'exprimer librement et a évolué au fil des entretiens.

4. Recueil de données

Le recueil des données s'est déroulé du 24 Avril 2017 au 29 Mars 2018 dans des lieux choisis par les MGs, après information et signature d'un consentement. Il s'est fait *in situ* sur support numérique d'enregistrement audio par le logiciel Audacity® via un ordinateur placé entre les protagonistes.

Le terme « d'allaitement long », précisé lors de la rencontre, a été délimité pour ce travail au delà de 6 mois, âge de la diversification, à partir des recommandations du Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie. Les résultats de l'Etude Epiphane et un graphique des taux d'AM européens étaient utilisés comme supports de relance (cf. Annexe 2).

Le nombre de MGs interrogés n'a pas été déterminé par avance. Les entretiens ont été menés jusqu'à la saturation des données (lorsqu'ils n'apportaient plus aucun nouvel élément) confirmée par un ultime entretien.

5. Analyse des données

Une retranscription *ad integrum* des entretiens à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft® Word 2008, a abouti aux *verbatim*, pour une analyse complète des

données. Les éléments ayant parasités les entretiens tels que les coups de téléphone ont été mentionnés dans les *verbatim* et il était convenu que le non verbal, les hésitations, onomatopées et rictus le soient également. Chaque discours a été anonymisé par un chiffre attribué à chaque MG.

L'analyse des données a été faite selon le principe de la théorisation ancrée décrite en 1967 par Glaser et Strauss, sociologues américains. Le codage ouvert a extrait des codes. Au fur et à mesure de l'analyse et de l'apparition de nouveaux codes, un retour en arrière était effectué pour vérifier la présence de ces nouveaux éléments. L'accumulation de codes a fait émerger des concepts plus généraux. Le codage sélectif regroupait les codes en thèmes et sous-thèmes. Cet encodage a été fait à l'aide du logiciel d'analyse qualitative QSR N'Vivo 11©. Une triangulation des chercheurs a été réalisée pour améliorer la compréhension du vécu étudié. Parallèlement, une analyse descriptive des MGs retranscrivait les éléments biographiques et sociodémographiques de l'échantillon.

La mise en relation des concepts et la mise en évidence de leurs interactions avec la question de l'étude permettaient d'établir une théorie concernant les éléments intervenants dans le vécu des MGs traitant de l'AL.

6. Bibliographie

La bibliographie a été faite en langues française et anglaise par interrogation des bases de données : Pub Med, Collaboration Cochrane, Sudoc, Bibliothèque Inter-Universitaire de Médecine, Cairn info, PEPITE, SCI-Hub et des sites consacrés à l'AM comme Co-Naitre ou la CoFAM suggérés par des personnes ressources. Le logiciel Zotero® a été utilisé pour la gestion de la bibliographie en mode Vancouver.

RESULTATS

1. Caractéristiques de la population

Soixante-deux MGs exerçant dans le Nord ont été sollicités. Dix entretiens ont été réalisés soit 7 heures et 7 minutes d'enregistrement. La durée moyenne d'entretien était de 42 minutes, le plus court ayant duré 31 minutes et le plus long 59 minutes. Cinq MGs avaient été dérangés pendant l'entretien.

Les MGs avaient entre 30 et 64 ans, pour un âge moyen de 47 ans. La population était composée d'autant d'hommes que de femmes. Leur durée d'installation variait entre 1 an et 33 ans et un des MGs n'effectuait que des remplacements. Une MG exerçait en service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) après 14 ans en cabinet libéral. Quatre MGs étaient maîtres de stage et 3 possédaient un diplôme complémentaire en gynécologie ou en pédiatrie. Une MG n'avait pas d'enfant, tous les autres avaient eu au moins un de leurs enfants allaités.

Quatre MGs déclaraient avoir une forte proportion d'activité pédiatrique et un la décrivait comme faible. Sept MGs avaient un temps variable dédié à chaque consultation. Aux dires des MGs, leurs populations soignées étaient diversifiées, évoquant un panel de patientes variables d'un point de vue sociodémographique.

Les caractéristiques de l'échantillon de MGs interrogés et leurs qualifications de leurs patientèles sont présentées dans le tableau ci-après.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interrogés et qualification de leurs patientèles

MG	Lieu de l'entretien	Statut	Age	Sexe	Lieu d'exercice	Année d'installation	Autres formations/DU/DIU	Proportion d'activité gynéco-pédiatrique	Proportion d'enfants allaités dans la patientèle	Temps dédié par consultation	Nombre d'allaités sur nombre d'enfants	Maitre de stage	Patientèle
M01	à son domicile	Médecin généraliste installée	36 ans	féminin	semi-rural	2012	AUEC Pédiatrie, DU homéopathie et phytothérapie, autres formations de gériatrie, addictologie	forte	plus de 70%	15 min, 30 min pour nourrisson, 45 min pour allaitement	2 sur 2	non	NC
M02	à son cabinet	Médecin généraliste installé	64 ans	masculin	urbain	1984	DU Medecine du sport	faible	NC	15 min	6 sur 6	NC	"diversifiée, ouvriers"
M03	dans son bureau administratif	Médecin territorial 1ère classe en PMI	52 ans	féminin	divers	14 ans en libéral 93-2006	Pédiatrie pratique, homéopathie, medecine du sport	très forte	50%	variable	3 sur 3	NC	"mondiale, eclectique"
M04	à son domicile	Médecin remplaçant	37 ans	masculin	divers	remplace depuis 9 ans	non	moyenne	20-30%	15-20 min	3 sur 3	NC	"diversifiée"
M05	à son cabinet	Médecin généraliste installée, cabinet de 2 médecins femmes	56 ans	féminin	semi-rural	1991	non	forte	75%	variable	3 sur 3	oui	NC
M06	à son domicile	Médecin généraliste installée	32 ans	féminin	semi-rural	2015	non	forte	30%	15min	1 sur 2	non	"tout"
M07	à son cabinet	Médecin généraliste installé	56 ans	masculin	urbain	1991	non	moyenne	50%	15-30 min	1 sur 3	oui	"défavorisée"
M08	à son cabinet	Médecin généraliste installé en MSP	50 ans	masculin	urbain	2000	médecin coordonateur, Formation Médicale Continue	moyenne	2% long	15-20 min	4 sur 4	oui	"défavorisée"
M09	à son cabinet	Médecin généraliste installé en groupe	57 ans	masculin	semi-rural	1990	médecine sport, gériatrie, échographie	moyenne	40-50%	15-30 min	1 sur 3	oui	"ouvriers, cadres moyens"
M10	dans une salle de la faculté de médecine	Médecin généraliste installée en MSP	30 ans	féminin	rural	2017	AUEC Pédiatrie, DU gynéco en cours	moyenne	40%	15 min	0	non	"divers"

NC = Non communiqué - MSP = Maison de Santé Pluriprofessionnelle

2. Les représentations des médecins généralistes

2.1. Perceptions ambiguës de leurs connaissances

2.1.1. Des recommandations discutées

Les recommandations étaient **claires** et unanimes pour quelques MGs, **méconnues** de la plupart et ils ne les considéraient **pas** toutes **superposables à la France**.

Ils précisait que les connaissances **évoluaient** et pouvaient devenir **obsolètes** :

M04 « *je ne les connais même pas (...) on est en France, on n'est pas dans un pays sous-développé* »

M01 « *l'OMS, de la société américaine (...) tout le monde est d'accord pour le dire* »

M03 « *ce qui était vrai il y a quelques années n'est plus vrai maintenant et ça ne sera peut être pas vrai ce que l'on dit maintenant dans quelques années* »

La plupart des MGs avouaient ne **pas avoir mis à jour** leurs connaissances et concédaient parfois une **méconnaissance** qui **interpellaient** certains :

M04 « *p'têt que je me trompe (...) je ne m'y suis pas intéressé depuis...* »

M05 « *encore une fois la méconnaissance (...) j'étais un peu effarée des conseils* »

Plusieurs MGs avançaient qu'une **ambiguïté** existe, ils évoquaient par exemple la diversification où se confrontent **différentes recommandations**, **discutaient** les données et souhaitaient des **études complémentaires** :

M09 « *il y a une notion d'ambiguïté dans les discours qui nous sont donnés* »

M03 « *on diversifie à 4 mois maintenant (...) on s'est rendu compte que ça déclenchait plus de risques de faire une allergie qu'autre chose (...) faut m'apporter des éléments médicaux pour que j'y trouve un intérêt majeur* »

M04 « *y'a des études (...) qui se contredisent* »

2.1.2. Des taux et durées d'allaitement maternel en France perfectibles

La plupart des MGs avouaient **ne pas connaître** ces données mais évoquaient des taux **insuffisants**. Ils décrivaient une **tendance à l'amélioration**, en particulier une **augmentation de l'initiation** et **déploraient les arrêts précoces**. Ils notaient la **progression de l'AL** bien que cela restait **faible** dans leurs patientèles :

M04 « *les chiffres moi je ne les connais pas* »

M07 « *les femmes françaises n'allaitent vraiment pas assez* »

M08 « *ça reste bas (...) augmentation du pourcentage des femmes qui allaitent* »

M06 « *y en a qui arrêtent quand même assez tôt* »

M05 « *avant ces gens faisaient zéro (...) démarrage de l'allaitement il est beaucoup plus important (...) des allaitements longs on en a qu'on n'avait jamais. Avant c'était l'exception, maintenant c'est devenu courant* »

M03 « *j'ai pas une expérience majeure* »

Des MGs **se félicitaient** au vu des résultats de l'étude EPIPHANE et certains **s'étonnaient** des taux d'AL, une MG voyait des **pistes d'améliorations** :

M04 « *pas si mal* » M09 « *c'est bien* »

M06 « *après à 1 mois bon 54% bon voilà, c'est vrai que faudrait euh...* »

M10 « *il y a quand même un quart des bébés à 6 mois qui reçoivent encore du lait maternel, ah ouais, j'aurais cru que c'était moins* »

2.1.3. Une mauvaise position de la France vis à vis d'autres pays

Chaque MG décrivait la France comme **mauvaise élève** malgré l'élan global :

M02 « *avant dernier en Europe (...) c'est désolant* »

M10 « *on est quand même vachement bas par rapport aux autres pays (...) tous les pays concordent* »

2.1.4. Des bénéfices attendus de l'allaitement long incertains

Tous les MGs s'accordaient sur l'**intérêt** du lait maternel, voire sa supériorité. Ils rappelaient les bénéfices théoriques **prouvés** par la science et les **prédispositions physiologiques** de l'espèce humaine :

M01 « *le lait de femme restera toujours supérieur aux autres formes de lait* »

M06 « *bon en tout point* » M08 « *que du bénéfice* » M09 « *idéal pour un bébé* »

M01 « *beaucoup de choses qui ont été prouvées, et il y a encore pas mal d'études (...) une femme (...) en tant qu'être humain on est quand même fait pour allaiter euh entre deux an et demi et sept an et demi (...) physiologiquement* »

Des MGs **ignoraient** les bénéfices de l'AL, les considéraient à découvrir, ne citaient **aucun intérêt** pour la santé de la **mère** et en **doutaient** dans les **cancers** :

M04 « *est-ce qu'il y a vraiment des bénéfices factuels (...) à le prolonger ad vitam aeternam (...) pour la mère (...) j'pense pas qu'il y ait de bénéfice* »

M01 « *tout est encore à découvrir, y a beaucoup de choses à découvrir* »

M07 « *il y a des controverses par rapport à ces bénéfices attendus dans les cancers (...) allaiter pour diminuer un risque de cancer du sein ou de l'ovaire* »

2.1.4.1. Les spécificités des bénéfices affectifs et relationnels

Les MGs évoquaient surtout le **lien mère-enfant**, **facilitant et facilité par l'AM** mais **pas conditionné** par lui seul. L'AM **favorisait** aussi le **bien-être** de la maman :

M01 « *lien affectif surtout, puisque là l'allaitement n'est pas la nutrition principale* »

M03 « *d'abord psychologique, dans le lien* » M04 « *le lien (...) ça, ça joue* »

M04 « *fin résumer le lien à l'allaitement ce serait un petit peu discutable* »

M07 « *le plus simple et le plus à même de faire basculer vers l'allaitement c'est quand même de présenter le relationnel (...) le bonheur d'allaiter* »

Par rapport à l'allaitement au biberon, les MGs décrivaient le lien mère-enfant créé : **unique, intense, fusionnel, symbiotique et entretenu par l'AL** grâce à des moments **contacts privilégiés** :

M03 « *unique (...) très fort entre une mère et son bébé* »

M05 « *symbiose entre la mère et l'enfant est plus forte (...) allaitement prolongé, euh entretien le coté fusionnel avec la mère* »

M02 « *irremplaçable c'est le contact mère enfant au moment de la tétée* »

M10 « *les tétées câlins, le moment privilégié du bébé avec sa maman* »

Ils pointaient la **proximité** de l'enfant avec sa mère qui permet de **répondre aux besoins** et au développement **de l'enfant**, le **sécurisant** par l'**attachement** à la figure maternelle. Ils dépeignaient un lien **spécifique de la dyade** mère-enfant et exposaient des **mères plus affirmées et protectrices**. Certains MGs **doutaient** de l'intérêt et du **retentissement futur** de ce **lien** :

M09 « *c'est le rapport de l'enfant à sa maman* »

M01 « *au niveau du besoin de l'enfant, de la construction de la personnalité* »

M08 « *développe quand même un sentiment (...) de proximité beaucoup plus étroit* »

M05 « *côté sécurité (...) ça ça bouge pas, c'est toujours au même endroit (...) plus mère (...) lien filial (...) protection maternelle par le cocooning (...) surprotection* »

M03 « *c'est très spécifique mère et son enfant (...) les autres (...) n'ont pas ce lien* »

M04 « *relation, entre (...) la mère et l'enfant, je suis pas convaincu (...) est-ce que ça va changer quelque chose sur le long terme* »

M10 « *il y a un intérêt et pas d'intérêt en gros, il y a aussi des mamans qui n'arrivent pas à se séparer de leur gamin* »

2.1.4.2. Un avantage nutritionnel avec des limites

Les MGs insistaient sur le bénéfique, **premier** voire **secondaire**, sur la croissance de l'enfant du lait maternel étant **adapté à l'âge**, surtout **jusqu'à 6 mois** voire **1 an** :

M08 « *le premier bénéfice, l'alimentation* » M09 « *la nutrition est secondaire...* »

M02 « *c'est quand même le lait qui est adapté euh, en fonction de l'âge* »

M01 « *Croissance (...) entre six mois et un an ça reste important* »

Cet intérêt **régressait avec le temps** et posait la **question** du **retentissement** de l'**AL** vis à vis de l'allaitement artificiel (**AA**) :

M03 « *L'apport nutritionnel (...) se minimise avec les ann... avec le temps* »

M02 « *je n'sais pas s'il y a une différence significative entre (...) l'allaitement maternel et puis l'allaitement euh artificiel pour la croissance* »

M10 « *diversifié (...) je sais pas si y a vraiment encore un intérêt euh nutritionnel* »

2.1.4.3. Les inimitables bénéfiques immunitaires pour le nourrisson

La plupart des MGs parlaient de la **spécificité** protectrice du **lait maternel**. Certains MGs percevaient un **intérêt limité** de l'**AL** pour l'immunité :

M02 « *et puis bon, y'a les anticorps* »

M05 « *niveau rhinopharyngite, en général ils sont plus costauds (...) ça les protège* »

M08 « *socle même de l'immunité (...) capital immunitaire euh innommable* »

M03 « *jusqu'à ce (...) que l'enfant soit socialisé (...) il attrape quand même tout* »

M10 « *à cet âge là, les gamins ils se font leur propre immunité* »

2.1.4.4. D'autres bénéfiques inconstamment cités

Quelques MGs évoquaient les bénéfiques dans l'**atopie**, citaient la **prévention** de l'**obésité** et de **maladies neurodégénératives** et 2 évoquaient l'AM comme **contraceptif** naturel pour la mère :

M02 « moins d'allergie, d'atopisme »

M10 « prévention de l'obésité (...) l'allaitement est contraceptif tant qu'il est exclusif »

M01 « protection sur tout ce qui est maladies neurodégénératives »

Quelques-uns y voyaient une **économie financière** pour les familles défavorisées mais pas nécessairement pour la société :

M10 « prix du lait infantile (...) rien que financièrement »

M04 « est-ce que cette différence (...) vaut le coup de financer tout ça »

2.2. Des adages véhiculés

Quelques MGs évoquaient une **idée** souvent **entendue** et **affirmée** par certains :

M02 « ce genre de phrase « il vaut mieux donner le biberon avec amour que le sein avec (rires) réticence » (...) ce sont plutôt les professionnels qui disent ça »

M03 « j'ai toujours tendance à dire aux mamans, il vaut mieux un allaitement, fin euh, une alimentation au biberon qui se passe bien qu'un allaitement qui se passe mal »

2.3. L'expérience professionnelle de l'allaitement maternel

2.3.1. La formation initiale insuffisante et disparate

Formés il y a 10 à 40 ans, 8 MGs **déploraient** le **contenu** de leur formation initiale.

Quatre pointaient les **disparités des stages pratiques** s'intégrant dans la **professionnalisation** :

M04 « on connaît (...) la théorie (...) la pratique du comment on fait et les conseils à donner et ben c'est zéro (...) un bon stage (...) c'est pas du tout du systématique »

M06 « on n'a pas énormément de formation »

M08 « on est quand même médecin ! (...) On a suivi une formation »

2.3.2. La formation continue nécessaire

Plusieurs MGs notaient la nécessité d'**être actifs** dans leur formation **tout au long de leur exercice**, pour **mettre à jour** leurs connaissances. Ils se formaient auprès de **personnes ressources**, *via* des **groupes d'échanges** de pratiques ou encore des **associations** :

M01 « *Faut se former tout le temps tout le temps (...) un groupe de pairs c'est essentiel, pour partager les cas cliniques* »

M08 « *la formation médicale continue (...) des formations post-universitaires (...) pour nous rappeler certaines choses, en fonction de nos besoins (...) se doter de l'information la plus récente possible (...) donc la Formation !* »

M03 « *auprès d'autres collègues (...) des puéricultrices* »

M05 « *Materlait m'a appris beaucoup* »

Trois des MGs avaient été **plus** précisément **formés** à l'AM :

M01 « *j'ai l'AUEC de pédiatrie* » et « *un séminaire d'une semaine* »

M03 « *DU (...) de pédiatrie pratique (...) toute une partie sur l'allaitement* »

M10 « *je l'ai refait pendant mon DU de gynéco* »

2.4. L'expérience personnelle d'allaitement

2.4.1. L'impact de leurs expériences sur leur pratique

Tous les MGs interrogés, sauf une, relataient une expérience d'AM vécue eux-mêmes ou *via* leur conjointe. Certains y voyaient une question personnelle, de l'ordre de l'**intimité** : M10 « *l'allaitement euh c'est très personnel* »

La plupart avouaient que leurs expériences **modifiaient** leur pratique. Ils **les utilisaient** pour accompagner les mères. Elles **légitimaient** leur **discours** :

M08 « *on est beaucoup mieux entre guillemets placés pour les accompagner* »

M04 « *ma pratique a évolué par mon expérience personnelle et familiale (...) quand on a eu des gamins (...) on a un point de vu différent (...) ça apporte (...) des exemples (...) ça aide un peu, voire beaucoup* »

Deux MGs masculins notifiaient que leur vécu personnel n'avait **pas modifié** leurs **représentations** de l'AM : M07 « *ça m'a permis de voir avec et sans, mais mes représentations à moi n'ont pas changé avec ça* »

M08 « *Honnêtement ça n'a pas changé ma conception de la chose* »

2.4.2. L'effet miroir

Des femmes MGs déclaraient **projeter** leur expérience personnelle, elles se citaient en **exemples** pour **concrétiser** les écueils ou **ironisaient** de leur expérience :

M03 « *ça fait probablement réagir des choses à moi-même (...) Quelque part ça fait résonance (...) C'est déjà pas évident... pour beaucoup de mère, moi la première* »

M01 « *exemple concret qui est le mien (...) j'ai pas eu des allaitements exemplaires contrairement à mes patientes* »

2.4.3. L'intérêt d'expérimenter

Certains MGs jugeaient **difficile** d'évoquer l'AM **sans vécu** alors que d'autres notaient que cette expérience personnelle n'était **pas indispensable** :

M05 « *Je me demande toujours comment un médecin qui n'a pas eu d'allaitement de son épouse ou... (...) peut parler de l'allaitement* »

M08 « *même celui qui n'a pas d'enfant, s'il a l'information pour, il peut le faire* »

M07 « *ça ne veut pas dire que parce qu'on n'a pas vécu (...) que l'on ne peut pas intégrer (...) faire de bons professionnels et qu'on peut conseiller l'allaitement tout en n'ayant pas vécu l'allaitement* »

2.5. La tétée de bienvenue facilitatrice et le tire-lait libérateur

Des MGs évoquaient l'aspect **important, envoûtant** et **facilitant** la **poursuite** de l'AM de la tétée de bienvenue : M01 « *l'importance (...) de la tétée de bienvenue* »

M02 « *moment tellement magique que bon, ça doit pas être facile de résister* »

M10 « *la tétée de bienvenue (...) ça peut leur faire se dire après que ben pourquoi pas quelques jours (...) ainsi de suite* »

Plusieurs MGs décrivaient le tire-lait comme un **moyen de libérer la femme** et permettant de **concilier AM et travail** : M05 « *elle a son indépendance* »

M03 « *tireront leur lait euh pour que ce soit leur lait qui soit donné* »

M02 « *tirer votre lait et puis de vous sentir libre* »

2.6. Leurs perceptions ambivalentes de l'allaitement long

2.6.1. Des définitions multiples du caractère long

Certains MGs définissaient que l'AM devenait long après **3 mois**. La majorité l'évoquait **dès 6 mois**. Pour d'autres au delà d'**un an** voire **deux**. Ils n'y mettaient **pas** de franche **barrière** de fin. Certains suggéraient une **limite**, lors de la **scolarisation** ou face à l'image du **bambin** :

M03 « *au delà de 3 mois* » M07 « *au delà de 6 mois est un allaitement long* »

M01 « *dans ma tête un allaitement long c'est supérieur à deux ans* »

M08 « *la barrière (...) fictive (...) après deux ans et demi (...) problématique* »

M10 « *le bébé qui est pu un bébé à cet âge là d'ailleurs (...) c'est compliqué* »

2.6.2. La diversité des situations d'allaitement long

Les MGs qualifiaient l'AM de **normal et naturel**. Seuls quelques-uns continuaient de décrire l'**AL** de la même façon. Plusieurs doutaient ou trouvaient l'AL **sans intérêt**.

L'AM apparaissait **simple** pour certains mais **complexe** pour d'autres. Lors d'AL, situation **rare** pour la plupart des MGs et **moins rare** pour d'autres, le lait maternel n'est plus l'aliment unique et **complète** voire **facilite la diversification** :

M01 « *qui est normal, qui est naturel (...) supérieurs à six mois j'en ai... pas mal* »

M02 « *c'est pas que ce soit anormal, mais bon (...) c'est tellement rare* »

M03 « *ce n'est pas une mauvaise idée, ça n'a pas forcément un intérêt (...) on en a quand même beaucoup (...) pas rare d'avoir des enfants de deux ans allaités* »

M07 « *l'allaitement maternel (...) ça va tout seul (...) facilite un petit peu la diversification (...) le lait change de goût* »

M04 « *il faut s'accrocher (...) l'allaitement maternel parce que c'est très compliqué* »

Pour les MGs, lors d'AL, il n'y a **plus ou pas de soucis**, les **freins** sont **dépassés**, cela se déroule dans une **dynamique automatique**, d'un **commun accord** entre la mère et l'enfant :

M02 « *Une fois que c'est lancé (...) quand il s'agit d'allaitement long, c'est qu'il n'y a plus de problème (...) y'a pu trop d'obstacle (...) rythme de croisière qui est pris* »

M06 « *une fois passée (...) reprise du travail et de l'organisation (...) c'est en route* »

M04 « *ils sont dans une dynamique où c'est fait de manière quasi automatique* »

Des MGs évoquaient l'AL **stressant**, **envahissant**, **contraignant** et **plus fatigant** :

M05 « *appréhendez qu'il se réveille (...) vienne vous faire souffrir* »

M10 « *pluss sollicité un peu tout le temps (...) la contrainte de l'allaitement* »

M04 « *un bébé allaité longtemps il va continuer à se réveiller plus facilement la nuit (...) et quand on cumule ça sur plusieurs mois (...) un bébé dans le lit c'est fatigant (...) en terme de fatigue et d'organisation c'est pas du tout le même délire* »

En pratique, l'AL était **irrégulier**, avec **peu de tétées** ou quelques tétées **réconfort** et souvent **mixte**, associé à de l'AA : M10 « *c'est pas calé* »

M03 « *pas régulier (...) pour calmer l'enfant quand il y a un problème* »

M02 « *souvent, on passe après à l'allaitement mixte (...) dans la journée c'est l'allaitement artificiel entre guillemets* »

2.6.3. Les phénomènes intriqués à l'allaitement long

L'AL pouvait cacher une autre **problématique** selon certains MGs, comme une **pathologie du lien** ou une **contraception** masquée :

M03 « *maman qui ne sait pas se séparer de son enfant* »

M02 « *un transfert, un truc, une contraception, si ça ne cache pas quelque chose* »

Des MGs notifiaient l'intrication de l'AL au **co-dodo** pour son aspect **pratique** mais relevaient aussi ses **limites** : M04 « *c'était très long (...) un bébé dans le lit* »

M03 « *le co-sleeping on le retrouve beaucoup (...) c'est bien pratique hein... la nuit bébé ben on le rapproche euh, hop il tête (...) quand il a fini il s'endort* »

Lors d'AL les MGs citaient être parfois confrontés au **co-nursing** et ses **difficultés** :

M01 « *le co-nursing, tandem nursing (...) ça aussi ça arrive de plus en plus* »

M03 « *la difficulté (...) lait maternel qui n'est plus adapté pour le petit nourrisson ou plus adapté pour le grand* »

2.7. Les représentations antithétiques de l'allaitement artificiel

Pour les MGs l'**AA** apparaissait comme une **alternative acceptable**, facile et **pratique**, à laquelle on a pris l'**habitude** et qui **rassasiait** plus l'enfant. Certains percevaient cela comme **simple**, **précis**, **moins fatiguant** et **moins stressant** alors que d'autres MGs trouvaient cela **plus complexe** :

M04 « *les laits (...) artificiels sont tout à fait corrects... c'est vrai qu'on perd certains bénéfices, encore que (...) on a pris l'habitude (...) un peu la solution de facilité* »

M10 « *au biberon où on sait que c'est telle heure (...) on est tranquille et puis voilà* »

M06 « *biberon (...) calerait plus et il ferait ses nuits* »

M04 « *on sait factuellement combien il a pris (...) moins anxiogène (...) en terme de fatigue et d'organisation c'est pas du tout le même délire* »

M07 « *ben il y'a la préparation, et puis y'a le lait, on se dit c'est pas le bon lait, on change de lait, on trafique* »

2.8. L'ambivalence de leurs ressentis tout au long du suivi

Des MGs semblaient **assurés**, **confiants**, d'autres **inconfortables** et **gênés** face au refus des mères. Ils relataient leurs **doutes**, questionnements et **difficultés**. Ils exposaient **des interprétations différentes** dans des situations similaires, parfois même au sein de leur propre discours, reflet de leur **ambivalence** :

M07 « *j'ai pas de problème pour les accompagner, les aider* »

M02 « *j'avoue que je suis mal euh, mal armé (...) Quand une maman dit qu'elle ne veut pas allaiter (...) mal à l'aise pour commencer à argumenter* »

M09 « *encore une fois, quel est notre rôle ?* » M08 « *les convaincre c'est difficile* »

M02 « *l'état d'esprit dans lequel on est (...) plutôt favorable à tout ça mais sa formation faisait que c'est tout, il y avait un abcès c'était point* »

Certains MGs étaient **satisfaits** de leur prise en charge, d'autres **insatisfaits** et en profitaient pour faire un **travail d'introspection** :

M03 « *on a des réponses adaptées* »

M09 « *c'est vrai que je devrais être un petit peu plus strict de demander* »

M02 « *je peux mieux faire (...) ça m'a fait poser (...) des questions que je ne m'étais jamais posées (...) Ceci permettra de revoir un petit peu les choses* »

Plusieurs MGs évoquaient des **regrets** dans leur pratique, face au discours des mères ou face à la société. Certains d'entre-eux semblaient **désabusés** et adoptaient une attitude de **résignation** :

M02 « *je regrette (...) de ne pas passer suffisamment de temps (...) ça tient pas debout... Et quand on me présente ce genre d'arguments (...) c'est dommage* »

M06 « *c'est tranché, j pense que ce n'est pas la peine d'aller plus loin* »

M04 « *est-ce qu'on a une possibilité d'améliorer la situation nous au niveau médical, j'ai pas, j'ai pas trop l'impression (...) s'ils sont pas motivés on peut leur dire ce qu'on veut, ça fera rien (...) j'y peux rien, euh, c'est pas, je ne vais pas changer le monde* »

M09 « *c'est pas moi qui fais les lois, c'est pas moi qui gère (...) les lois sont ce qu'elles sont donc ben on les applique il n'y a pas à revenir sur* »

Plusieurs MGs semblaient être **passionnés** et **investis**, à différents degrés, certains s'avouaient **engagés** et rappelaient la nécessité d'être **convaincus** :

M05 « *je fais à l'instinct (...) ça me passionne à chaque fois (...) j'avais donné des conseils, j'avais envoyé à Materlait (...) pour beaucoup de chose, il faut y croire* » »

M09 « *mon coté un peu politique (...) les sujets qui concernent la femme, la maltraitance faite aux femmes, etc. sont des sujets (...) très importants pour moi* »

M08 « *il faut être convaincu de ce que l'on fait, ce que l'on dit* »

Des MGs apparaissaient **compréhensifs** et **conciliants** et d'autres ressentaient de la **colère** : M08 « *C'est compréhensible* » M09 « *pour moi c'est scandaleux* »

M03 « *c'est terrible, moi j'en veux des fois à certaines maternités* »

M05 « *des fois je suis en rage de devoir dire à une maman (...) arrêter l'allaitement* »

Les ressentis des MGs pouvaient opposer **fatalisme** et **optimisme** :

M03 « *ça c'est la vie, la vie n'est pas juste (...) quand il vous tombe une tuile sur la tête elle vous tombe sur la tête et puis c'est tout, c'est la faute à pas de chance* »

M08 « *ce que je décris là c'est un peu le Bisounours de la médecine (...) il faut commencer tout doucement* »

2.9. Favorables mais sceptiques face à l'allaitement long

2.9.1. Favorables à l'allaitement mais moins dans la durée

Tous disaient être **favorables** à l'AM mais seuls **certains** le restaient lorsqu'il se **prolongeait**. Cela leur paraissait **difficile d'y être opposé**. Quelques MGs **discutaient** sa poursuite et cherchaient le bénéfice de l'AL, en particulier dans notre **pays industrialisé** :

M10 « *si c'est possible le lait de la maman le plus longtemps possible, c'est l'idéal* »

M08 « *plus longtemps elles vont allaiter mieux ça vaudra* »

M10 « *médecin (...) contre l'allaitement, encore que je ne pense pas qu'il y en ait* »

M03 « *l'allaitement prolongé, (...) je ne suis pas sûr que ce soit nécessaire* »

M04 « *la différence est pas non plus aussi marquée (...) en France (...) dans des pays euh africains (...) l'allaitement on sait à quoi ça sert (...) il y a un bénéfice clair* »

2.9.2. Conséquences : paradoxes et compositions

Plusieurs MGs avouaient l'**impact** des **représentations** et du **sexe** du **praticien** sur son discours. Ils décrivaient des **attitudes paradoxales** qui pouvaient en découler, un faisait le **parallèle** avec le refus de vaccination chez des MGs :

M09 « *comme j'ai une impression favorable, ça va être biaisé* »

M05 « *mes confrères (...) j'en ai rattrapé des allaitements hein, où des médecins Hommes (rires) avaient conseillé* »

M10 « *un médecin qui est pro-allaitement euh, aura un discours pro allaitement (...) refléter ce que l'on pense (...) un médecin (...) pas personnellement pour (...) aura du mal à en parler, à l'aborder, à essayer (...) d'apporter les éléments qui aideront* »

M02 « *y'a des médecins qui sont anti vaccins alors que c'est quand même l'invention en médecine qui a sauvé le plus de gens* »

Quelques MGs rappelaient la nécessité dans leur pratique de **composer avec ces représentations** et d'en faire **abstraction** :

M07 « *dans notre pratique (...) faire abstraction parfois de ce vécu personnel pour prendre en charge nos patients (...) on essaie de faire un savant mélange* »

M09 « *faire la part des choses* »

M08 « *on n'enseigne pas ce qu'on ne sait pas, et même quand on sait on enseigne aussi ce qu'on sait mais on enseigne aussi ce qu'on est un tout petit peu* »

3. La perception des mères par les médecins

3.1. Leurs motivations individuelles

Les MGs évoquaient les **différentes motivations** que leur renvoyaient les mères : la recherche du **contact** pour le lien mère-enfant, le **plaisir** procuré, la **praticité**. Elles étaient peu motivées par la diminution des risques de cancer :

M07 « *je n’ pense pas qu’elles se projettent là (...) la relation avec le bébé c’est important (...) le contact rapproché (...) elles aiment bien, garder le bébé* »

M06 « *par plaisir de le faire* »

M10 « *côté pratico-pratique (...) je lui colle un biberon et puis je suis tranquille* »

Plusieurs MGs insistaient sur la notion de **volonté** de la part des mères à laquelle ils associaient la notion d’**envie** ou pas, par opposition à la **nécessité** :

M06 « *quand on veut on peut (...) continuer si elles en ont envie* »

M04 « *c’est une question de, de détermination* »

M05 « *ça doit pas être une corvée un allaitement (...) il faut avoir envie (...) un enfant parce qu’il faut en avoir un, ce ne sera pas le même accueil que si vous vous dites j’ai envie d’un enfant quoi donc j’ai envie d’allaiter ou j’ai pas envie* »

M10 « *c’est elles qui n’ont pas envie euh personnellement* »

3.2. Leurs ressentis dominés par les peurs et la pression

Tous les MGs décrivaient beaucoup de **peurs** chez les mères :

M01 « *besoin de se rassurer* » M08 « *allaiter malgré ses appréhensions* »

De l’**inconnu** : M05 « *quand on connaît pas ben on a peur* »

De **mal nourrir** : M02 « *peur que son bébé manque de quelque chose* »

Ou **mal se nourrir** : M07 « *craintes par rapport à ce qu'elles mangent* »

De ne **pas être à la hauteur** : M02 « *qu'elle n'est pas à la hauteur* »

M07 « *peur de ne pas réussir (...) peur de pas bien faire* »

De ne **pas pouvoir concilier** travail et AM : M08 « *cette appréhension (...) que parce qu'elles bossent, elles n'auront pas la possibilité d'allaiter leurs enfants* »

Plusieurs MGs constataient qu'elles étaient soumises aux **pressions** :

De **l'entourage** : M01 « *pression, du mari, de la famille de l'entourage, du travail* »

De la **société** : M06 « *autour d'eux on leur dit* » M07 « *la pression de la société* »

Des **professionnel de santé** : M03 « *des maternités qui insistent* »

Mais aussi **financière, professionnelle** : M03 « *certaines femmes ont une pression, qu'elle soit sociale, ou professionnelle ou financière* »

Et **morale** : M03 « *y'a des mamans à qui on a dit des choses mais c'est terrible ce qu'on a pu leur dire euh, que c'était mal...* » (de ne pas allaiter)

Ils exposaient des mères tiraillées par **l'ambivalence, emprisonnées** ou **épuisées** par l'AM et empreintes de **culpabilité** de ne pas allaiter, ne pas y arriver ou à l'idée de sevrer :

M05 « *certaines femmes qui se sentent complètement piégées (...) avoir mauvaise conscience de lui donner un biberon* »

M09 « *la notion de culpabilisation d'une maman (...) qui n'arrive pas à allaiter* »

M03 « *scrupules puisqu'elle a fait le pas et donc après elle l'arrête* »

M06 « *la maman qui se dit « là je peux pu » (...) « mais en même temps on me dit que c'est le meilleur » »*

3.3. Leurs connaissances incertaines

Quelques MGs relataient les **idées reçues** et **croyances** des mamans, sur l'**insuffisance** de lait, au sujet du **tabac** ou de leur **alimentation** :

M05 « *elles considèrent que le médecin ne peut pas résoudre ce problème là* »

M04 « *il y a pas mal de croyance encore chez les femmes (...) j'entends « j'avais pas assez de lait »* »

M02 « *je fume alors j'avais peur que le truc passe dans le lait* »

M07 « *ce qu'elles mangent et (...) ne peuvent pas manger* »

Les MGs décrivaient peu ce qu'elles **savaient** mais constataient ce qu'elles **observaient** et leurs multiples **questionnements**. L'un d'eux expliquait le **retentissement** de ces expériences préalables **sur leurs représentations** :

M04 « *c'est de la théorie pour les femmes : « (...) l'allaitement c'est bien* » »

M08 « *habitudes, manque d'information* »

M03 « *beaucoup d'exemple dans l'entourage (...) « j'ai vu plein de bébés qui ont bu du lait artificiel et ils se portent bien donc euh, après tout* » »

M01 « *beaucoup de questionnements, y'a beaucoup de questions (...) la question du « est-ce que j'ai le droit (...) est-ce que c'est normal ?* » »

M07 « *ce qu'elles en pensent, parfois elles ne l'ont pas encore vécu donc c'est juste de la représentation, parfois elles ont eu des vécus (...) c'est pas forcément ce qu'elles pensent qui est la réalité de l'allaitement (...) dans les représentations de certaines mamans, pas pour tous, mais pour certaines mamans c'est un frein* »

3.4. Les écueils renvoyés aux médecins généralistes

Selon les MGs, les mères relataient des **difficultés variables** mais évoquaient plus facilement les **problèmes physiques** : M03 « *crevasses* » M08 « *position* »

M01 « *difficultés diverses et variées (...) physiques ou psychologiques* »

M05 « *seins qui sont irrités (...) problème de frein de langue* »

M02 « *bébé tête insuffisamment (...) boit pas suffisamment (...) prend pas de poids* »

Pour tous les MGs le principal frein était la **contrainte socio-économique** du **travail** : l'**incompatibilité géographique** et **horaire**, la complexe **conservation du lait**, le **droit** non respecté et le **mode de garde** :

M01 « *le principal frein (...) c'est le retour au travail* »

M09 « *les contraintes socio-économiques empêchent les jeunes femmes d'allaiter durablement* »

M08 « *elles bossent elles n'ont ptêt pas aussi l'organisation matérielle qui leur permette d'allaiter leurs enfants.* »

M05 « *temps de trajet (...) mode de garde (...) donner plus de contraintes* »

M03 « *beaucoup de mamans a qui on fait comprendre oui d'accord en fait vous avez le droit mais euh c'est compliqué* »

Des MGs citaient un **blocage psychologique**, selon certains les mères éprouvaient de la **pudeur** envers leur propre image et face aux regards du père et de la société :

M07 « *on se crée beaucoup nos propres blocages (...) pour la lactation (...) notre tête fait plein de choses (...) la peur de montrer un sein* »

M09 « *y'a un blocage à la poursuite de l'allaitement (...) est-ce que ce n'est pas un frein pour certaines mamans de voir le regard de leur compagnon sur l'allaitement maternel, je ne sais pas ça* »

M08 « *trouble du schéma corporel, elles ont peur de se... d'avoir des gros seins* »

M05 « *une belle auréole (...) un gros coussin sous le t-shirt moulant je ne sais pas si c'est très esthétique (...) le côté pudeur qui des fois peut gêner* »

Pour les MGs, la **perception** de ces freins restait individuelle et **propre** à la mère :

M08 « *contraintes c'est entre guillemets* »

M02 « *Si c'est un vrai problème ou si c'est la mère qui conçoit ça comme un problème (...) c'est p'têt une excuse qu'elle se donne* »

3.5. Leur acceptation de la tétée de bienvenue

Souvent proposée par les sages femmes ou les gynécologues, quasiment toutes les mères **acceptaient** la tété de bienvenue et percevaient son **importance**, y voyant un **acte sans engagement** :

M10 « *sages femmes, les gynécos qui en parlent (...) en disant que c'est important (...) elles acceptent la tétée de bienvenue c'est que déjà elles acceptent le principe de la tétée, le contact (...) la tétée de bienvenue (...) il n'y a pas de contrainte* »

3.6. L'impact de leurs bagages socio-économico-culturels

Plusieurs MGs parlaient d'**impact** des **origines ethniques** et **géographiques** sur les représentations de l'AM des mères. L'aspect **culturel** influait aussi sur la **durée** :

M03 « *une maman guinéenne (...) ça n'a rien à voir avec une maman qui va prendre le temps (...) dans certaines cultures où l'allaitement long est tout a fait normal (...) on en a quand même beaucoup* »

M06 « *à la Réunion (...) les gens allaitaient beaucoup quoi, ça dépend (...) des régions, et de où on se trouve* »

Pour les MGs, il existait des **disparités** selon les **niveaux sociaux** qui semblaient **s'estomper**. Les milieux **favorisés**, contrairement aux populations **défavorisées**, semblaient plus concernés par l'**AM** aux dires de certains MGs. Ces distinctions n'étaient **pas** retrouvées dans le cadre de l'**AL** :

M03 « *ça a tendance à s'uniformiser (...) on voit de plus en plus de mamans allaitantes dans tous les milieux (...) moins de mamans allaitantes dans des milieux plus simples (...) sur la durée, je dirais que plus le milieu social est favorisé, plus la durée est courte* »

M04 « *l'allaitement maternel, fin au sein, euh se fait plus facilement dans les populations plus favorisées et aisées* »

M10 « *les plus défavorisées ont plutôt recours à l'allaitement euh artificiel* »

Plusieurs MGs parlaient de différences selon **l'activité professionnelle** et les **métiers** exercés, certains semblaient **dangereux** ou **incompatibles** avec l'AM. Il touchait plutôt les **milieux actifs éduqués**. A l'**inverse** d'autres MGs suggéraient qu'il n'y avait **pas d'impact** de leur activité ou de leur profession sur leur choix d'allaiter :

M08 « *Celles qui cogitent le plus allaitent le plus* »

M05 « *les mamans qui souhaitent allaiter, c'est quand même très souvent en fonction des professions* »

M01 « *les femmes exposées à un milieu chimique ou à haut risque (...) des professions aussi qui sont très épuisantes, professions postées...* »

M03 « *aucune activité professionnelle par choix ou par chômage hein et c'est pas pour autant qu'il y a un allaitement systématique euh parce qu'elles ont le temps* »

M07 « *je ne pense pas qu'une femme cadre allaite plus facilement qu'une femme ouvrière* »

3.7. Description de profils-types de patientes

Les MGs rappelaient que l'AM touche toutes les femmes, menant à un **large panel** de **situations** bien que leur **physiologie** soit **identique**. La plupart des MGs semblaient distinguer des **profils** de mères selon leur souhait d'allaiter ou non mais dont les **distinctions** leur paraissaient parfois **difficiles** à percevoir :

M01 « *de toutes catégories socioprofessionnelles, des primipares, des multipares* »

M07 « *très large, ça dépend, c'est pas un modèle unique (...) Pourquoi les femmes françaises seraient-elles différentes (...) métaboliquement il n'y a pas de raison* »

M09 « *dépression (...) problèmes psychologique (...) je ne vois pas la différence* »

3.7.1. Profils discordants des mères non allaitantes

Quelques MGs disaient de ces mères **ne souhaitant pas allaiter** qu'elles étaient **peu entourées** d'AM, **moins éduquées** et **acceptaient** pourtant **le principe de la tétée** :

M01 « *mère isolée (...) première de son groupe à avoir un bébé* »

M05 « *milieux où, « ah bon dieu non »* »

M08 « *les mamans qui (...) n'ont pas la même euh, le même quotient intellectuel* »

M10 « *acceptent la tétée de bienvenue* »

Certains MGs décrivaient celles qui **refusaient** d'allaiter comme des mères ayant fait un **choix immuable**, qui n'en avaient **pas la volonté** et étaient **contre** :

M03 « *des mamans (...) c'est tout elles avaient pris leur décision et elles en ont rien à faire de ce qu'on va leur dire (...) ne veulent pas allaiter* »

M06 « *c'est tranché* » M01 « *les mamans qui sont absolument contre* »

M02 « *on sait que, c'est cause perdue* »

Pour d'autres MGs, certaines mères évoquaient **ne pas en avoir la possibilité**, par incapacité d'aménager leur travail par exemple :

M05 « *elle disait « ah non (...) j'peux pas allaiter, c'est pas possible » »*

M09 « *une employée (...) de grande surface, elle a pas le droit à ça »*

Néanmoins, toutes celles qui n'étaient pas disposées à allaiter n'étaient **pas forcément contre l'AM** en général et restaient **à convaincre** :

M10 « *les mamans qui n'ont pas envie elles même d'allaiter, ne sont pas contre l'allaitement pour les autres (...) c'est elles qu'il faudrait convaincre »*

3.7.2. Profil des mères indécises

Pour les MGs, certaines mères **se questionnaient** ou éprouvaient des **regrets**. Elles étaient **prêtes à initier** mais **sans notion de durée**. Elles étaient celles pour qui l'AM **devait être préparé et encouragé** assidûment pour ne pas être vain :

M05 « *« j'en sais rien, j'ai pas réfléchi » (...) « tout compte fait j'ai regretté » (...) gens qui sont intellectuels (...) si vous les avez pas préparés (...) ça peut se passer complètement de façon »*

M08 « *très enclins à allaiter leurs enfants au début de vie »*

M10 « *des mamans qui hésitent (...) « je vais allaiter juste que au début » (...) c'est des dames qui ont besoin d'être encouragées pendant la grossesse pour (...) les conforter dans leur choix mais sans leur faire peur »»*

M03 « *des mamans qui ne sont pas prêtes et ça ne se passe pas bien »*

3.7.3. Profil des mères enclines à l'allaitement maternel

Les MGs décrivaient les **femmes allaitantes** plutôt **jeunes**, d'origines culturelles **étrangères, multipares, détendues, épanouies, ne se posant pas de questions, ne travaillant pas** ou issues de milieux **favorisés** :

M01 « *femmes jeunes (...) épanouies (...) les multipares sont plus ouvertes* »

M03 « *originaire d'un peu partout dans le monde (...) très détendues euh, des fois un peu trop presque (...) pour qui l'allaitement n'est pas un questionnement (...) souvent (...) qui ne travaillent pas (...) plus le niveau social est favorisé plus il y a allaitement, ça je parle pour les mamans euh, franco-française* »

Ils dépeignaient des mères **convaincues**, baignant dans un **environnement de femmes allaitantes**, pour qui l'AM était **naturel** et qui le **poursuivait spontanément**, y voyant un **idéal santé** :

M06 « *par conviction* »

M01 « *Naturel. Pour l'allaitement long toujours (...) copines qui allaitent* »

M05 « *c'est tout c'est du naturel (...) familles où tout le monde allaite* »

M10 « *savent déjà d'avance qu'elles vont allaiter le plus longtemps possible* »

M02 « *prolongé parce qu'elle est persuadée que c'est bien pour son enfant* »

3.7.4. Facteurs influençant durablement l'allaitement long

Les MGs exposaient les **femmes allaitant dans la durée** comme plus **sereines**, toujours **convaincues, déterminées** et **organisées**, d'origines **ethniques diverses, pas pudiques**, qui prenaient du **plaisir** et pour qui l'AL était une **évidence** :

M07 « *plus sereines et plus zen (...) elle y trouve son plaisir et que l'enfant aussi* »

M02 « *elle est vraiment partie, c'est du militantisme* »

M05 « *dépassés 3 mois en général le côté pudeur elles l'ont plus ou moins géré* »

M04 « *c'est une question de, de détermination (...) ça nécessite une certaine abnégation en général (...) c'est une organisation* »

M08 « *sont convaincus (...) mamans africaines qui vont allaiter jusque 2 ans (...) des mamans d'origine magrébines qui vont allaiter jusqu'à un an, un an et demi* »

M03 « *souvent ça coule de source (...) sans avoir une réflexion au préalable (...) c'est comme ça, bébé arrive, on l'allaite (...) ça dure aussi longtemps que possible* »

Lors d'AL, les mères étaient plus **disponibles**, ne **travaillaient pas** ou avaient aménagé leur emploi. Elles avaient un **mode d'éducation** des enfants spécifique repérable. La pratique de l'AL était le **reflet de leur état d'esprit** :

M04 « *mi-temps pour pouvoir continuer à allaiter, y'en a qui qui arrangent tout* »

M10 « *ont pas repris le travail ou qui ont un travail (...) et qui continuent à allaiter (...) le matin avant de partir au boulot et le soir* »

M02 « *pas la même façon d'éduquer (...) les parents s'investissent davantage* »

M10 « *écologes, nature, un peu hippies* »

M02 « *C'est pas parce qu'elles ont allaité qu'elles sont comme ça, c'est parce qu'elles sont comme ça qu'elles ont allaité (...) un certain état d'esprit* »

3.7.5. Possibles particularités des enfants allaités longtemps

Certains MGs notaient voir **moins** souvent **en consultation** les enfants allaités longtemps. Ils observaient que ces enfants **se réveillaient plus** la nuit, étaient plus **sereins, éveillés et confiants**. Plus **fusionnels**, ils pouvaient présenter des **pathologies du lien** pour quelques MGs. D'autres ne voyaient **pas de différence** :

M09 « *les voit quand même peut être moins* »

M04 « *je ne pense pas qu'il y ait de différence flagrante (...) continuer à se réveiller plus facilement la nuit* »

M05 « symbiose entre la mère et l'enfant est plus forte (...) des bébés plus éveillés »
M01 « pas forcément (...) plus peureux (...) en confiance dans le monde »
M07 « de manière naturelle (...) un bébé allaité au sein, est plus zen, plus serein »
M03 « de toute évidence il y a quelque chose qui ne va pas... un enfant qui ne va pas jouer avec les autres enfants, qui reste collé à sa mère ».

3.8. Les mères responsables de leurs décisions

Les MGs pointaient que les **choix d'allaiter**, dans la durée ou non, ou de **reprendre le travail incombait aux mères**. Ces décisions leur semblaient prises souvent **indépendamment de l'action du MG** et pour lesquels certains doutaient de la réelle **possibilité de choix** :

M04 « de toute façon c'est leur choix (...) ne viennent pas... elles gèrent le truc »
M03 « soit je continue à m'occuper de mon enfant (...) soit je fais un choix de carrière (...) avaient pris leur décision (...) rien à faire de ce qu'on va leur dire »
M06 « comme elles veulent (...) aucune obligation (...) choisir entre prendre une heure ou rentrer plus tôt le soir »
M10 « elles ont pas besoin de nous pour être encouragées (...) c'est leur truc »
M04 « attention, j'ai pas dit qu'elles avaient choisi (...) est-ce que c'est leur choix (...) si elles avaient pas eu de cofacteur externe elles auraient continué ? ».

4. Le retentissement de la société

4.1. Les représentations sociétales de l'allaitement long

Pour plusieurs MGs, l'AL n'était pas l'usage et tabou dans notre société. Ils peignaient une **image stagnante complexifiant** le déroulement de l'AL. Certains jugeaient l'AM peu à peu **accepté**, ancré chez le **tout-petit** et **pas** toujours **bien vu** :

M01 « *c'est pas du tout du tout dans les mœurs (...) y'a encore beaucoup de tabous sur l'allaitement long (...) la place de l'allaitement elle est croissante (...) c'est quelque chose qui chez nous est pas du tout culturel, et qui commence à le devenir* »

M02 « *ça a changé que y'a pas si longtemps (...) reste encore une espèce d'inertie* »

M09 « *il y a un blocage à la poursuite de l'allaitement* »

M07 « *pas (...) perçu de manière positive (...) en France, on aime bien dramatiser* »

M10 « *l'allaitement des tout-petits il est euh, il est tout à fait bien vu, prôné* »

L'AL leur paraissait invisible dans une **société** renvoyant un regard réprobateur et exerçant une **pression** sur les mères. Il semblait **étonnant**, **choquant** selon les cultures et milieux socioprofessionnels voire **décrié** au travail, **renvoyant** encore à une **pathologie du lien** :

M02 « *on ne le voit pas (...) c'est pas trop reconnu* »

M07 « *pression de la société* »

M05 « *« quoi t'allaites encore » fin voilà c'est encore l'étonnement* »

M03 « *dans un milieu, où ben ça se fait (...) un grand qui vient téter sa mère ça ne choque personne (...) cadre supérieure (...) son gamin de 2 ans qui vient la téter, je suis pas sûre que le regard serait le même (...) pas forcément bienveillant* »

M06 « *en entreprise c'est pas toujours bien vu de prendre une heure pour tirer* »

M04 « *c'est que l'entourage dit « hum hum (...) il va ptêt falloir couper le cordon* »

Les MGs décrivaient la pratique de l'AM comme une **philosophie de pays** qui **organisait** sa **société** en ce sens et comme un **phénomène culturel** dont la normalité **variait selon les civilisations**. Ils questionnaient le rôle de la culture dans les difficultés de certaines mères :

M04 « *il y a un côté sociétal (...) en France on a une culture particulière (...) dans d'autres pays ça ne se passerait pas comme ça (...) on s'en ficherait parce que c'est normal (...) une ambiance (...) c'est une philosophie de pays, en fait, de société...* »

M08 « *la conception des caucasiens n'est pas la même que celles des maghrébins, n'est pas la même que celle des africains, (...) des persans* »

M07 « *très variable en fonction de la culture (...) pourquoi ça se passe tout seul pour... dans certaines cultures pourquoi pas dans la nôtre* »

4.2. La trajectoire de ces représentations sociétales

Pour les MGs, ces représentations **évoluaient** en parallèle des connaissances et des **transformations** de la **société**. Les **motivations** et l'**intérêt** pour l'AM se modifiaient et devenaient plus **individuels**. Les MGs constataient des **changements de mentalités** avec un **retour** à des choses « **naturelles** » mais **pas** toujours pour autant **en faveur de l'AL** :

M08 « *l'allaitement (...) va prendre de l'ampleur (...) les mentalités changent (...) c'est une évolution de la société (...) ce n'est plus pour les raisons économiques (...) mais pour des raisons de proximité (...) d'immunité, de protection de l'enfant* »

M04 « *important pour la personne (...) pour la société (...) c'est une autre histoire* »

M05 « *il fallait vraiment le vouloir allaiter à cette époque-là (...) évolution (...) on revient à des choses un peu plus naturelles et qu'on arrête d'intellectualiser* »

M09 « *problématique là, c'est plus (...) comment vous allez vous organiser pour allaiter plus longtemps* »

4.3. Suggestion d'une influence sociétale anti-allaitement

La notion d'une influence **défavorable à l'AM** était suggérée par la moitié des MGs :

M02 « *lobby anti-allaitement en France* »

M09 « *y'a t-il une pression économique de la part de l'industrie ?* »

4.4. Renvoi à la sexualité et à la connotation sexuelle du sein

Quelques MGs abordaient le lien de l'AM avec la **sexualité** et le **sein objet sexuel** :

M01 « *soulève d'autres questionnements (...) la sexualité* »

M07 « *cultures comme ça où (...) tout ce qui est à connotation sexuelle il ne faut pas montrer, le sein a une connotation sexuelle* »

4.5. Reflet de l'image de la femme

Pour les MGs, l'AM pouvait être un signe de **féminité**. Il véhiculait la **servitude** de la femme mais aussi son **indépendance**. Des MGs pointait l'importance du **rôle de mère** et de la **maternité** et la nécessité de **s'affirmer** en tant que femme :

M02 « *ça reste quelque part euh un lien qui les rattache un peu à leur féminité* »

M10 « *la maman elle devient beaucoup plus esclave qu'autre chose de son gamin* »

M05 « *elle a son indépendance (...) la femme est libre ! Et heureusement* »

M01 « *l'allaitement c'est quand même la liberté de choisir* »

M03 « *rôle dévoué à la mère (...) faire ses choix (...) décision de femme (...) ce qu'elle veut faire de sa vie, en son âme et conscience, pas sous la pression* »

M09 « *la maman devait être maman... et devait avoir du temps pour être maman (...) en fonction de la place de la femme dans la société, il faudra qu'elle compose, faudra toujours un effort pour être femme, malheureusement (...) la dimension sociale de la femme (...) pas que allaitante* »

Selon les MGs, l'**intégration sociale** de la femme passait par le **travail** et le **dévouement** à l'AM pouvait être **négatif**, pointant le **risque** de perdre sa place :

M06 « *elles ont besoin aussi de reprendre le travail, de retrouver une place sociale* »

M10 « *reprend pas le travail pour allaiter (...) la femme elle a une autre place...* »

M09 « *prend un an pour s'occuper de son enfant (...) elle risque de perdre sa place* »

4.6. Organisation de société

4.6.1. En France

Plusieurs MGs observaient que l'AM dépendait de l'**organisation sociétale** et ses **règles changeantes** et **méconnues**. Ils **attendaient** des **évolutions** :

M09 « *notre société qui n'a pas imaginé ou pensé aux bénéfiques de l'allaitement (...) la limite du médecin (...) ne connaît pas tous les droits sociaux qui évoluent* »

M01 « *un droit français qui commence à bouger (...) des choses à mettre en place* »

4.6.1.1. L'accès au congé maternité

Les MGs relevaient l'**impact du congé maternité**, **levier** de la **promotion** de l'AM :

M07 « *ça peut être une solution que d'allonger le congé maternité* »

4.6.1.2. Le droit inconstant d'un temps pour allaiter au travail

La moitié des MGs parlaient du **droit** d'un temps d'AM présent dans **certaines conventions collectives**. Il restait **limité** pour **concilier travail et parentalité**. Son **application** leur semblait **incertaine** :

M01 « *certaines entreprises (...) heures (...) aménagements de locaux* »

M05 « *employeurs ne sont pas toujours (...) à l'écoute (...) ne facilitent pas* »

M09 « *droit à une demi-heure (...) qui, comment, pourquoi (...) quelles conditions ?* »

M06 « *temps pour la famille (...) place sociale et (...) présente (...) pour son enfant* »

4.6.1.3. Le possible congé parental

Des MGs abordaient l'éventualité du congé parental, **facilitant l'AL**, qui concernait **peu mais de plus en plus** de familles dites **chanceuses**. Les MGs **déploraient** sa faible **rémunération** et **suggéraient** le congé **paternel** :

M03 « *elles peuvent prendre un congé parental (...) on en voit de plus en plus* »

M02 « *pas beaucoup (...) la chance de pouvoir faire ça* »

M07 « *plus facilement continuer ben justement parce qu'il n'y a pas ces freins du travail (...) vu la rémunération (...) perte importante de salaire* »

M04 « *c'est comme pour le congé paternel* »

4.6.1.4. L'évocation d'un congé allaitement

Actuellement **inexistant**, des MGs évoquaient un congé allaitement **distinct** de l'arrêt **maladie**. D'autres parlaient **plutôt** d'un **droit** pour celles qui le **souhaitaient** et **pas** un **devoir ni** une **obligation**, y voyant une forme d'**inégalité** homme-femme.

Ils rappelaient la **problématique économique** et/ou politique sous-jacente :

M01 « *Chose qu'on a pas du tout en France (...) pas un ARRET (...) un congé (...) au même titre qu'un congé maternité (...) un droit oui ça peut le devenir (...) économiquement parlant, est-ce que le pays est capable de supporter ça* »

M06 « *faut pas que ce soit une obligation (...) plutôt un droit, une possibilité que un congé légal (...) pour les patientes qui le souhaitent* »

M03 « *l'égalité homme femme (...) un congé allaitement (...) va faire une différence automatiquement* »

M04 « *problème, c'est financer par qui, par quoi (...) c'est l'état qui paye ?* »

4.6.1.5. Le développement des crèches facilitant

Des MGs suggéraient que les crèches **facilitaient** la **proximité** nécessaire à l'AM :

M08 « *structures, pour favoriser un tout petit peu ce contact (...) vous posez votre enfant à la crèche (...) vous pouvez descendre, allaiter* ».

4.6.2. S'inspirer d'autres modèles sociétaux et économiques

Les MGs constataient d'**autres fonctionnements** dans des pays voisins, où le **congé** est **prolongé** selon si elles **allaitent**, avec **maintien de revenus**. Ils évoquaient la **durée du congé** comme **retentissant** sur la **durée de l'AM** :

M10 « *un plus long congé (...) maternité après l'accouchement ça ça peut jouer* »

M07 « *Belgique, les femmes qui allaitent ont une durée de congé maternité qui est différente (...) Allemagne par exemple ils peuvent prendre des congés d'un an pour l'allaitement avec la quasi-totalité de leur salaire (...) pays où le congé est beaucoup plus long pour tout le monde (...) l'allaitement est beaucoup plus, plus fréquent* »

Des MGs évoquaient des pays aux **climats** plus sereins, **plus propices à l'AL**, avec de **meilleurs taux** d'AM. Ils proposaient que la France pouvait **s'inspirer** de leurs pratiques après en avoir **évalué l'application à ses mœurs** :

M02 « *l'Allemagne, l'Italie, euh sont très nettement devant nous* »

M07 « *les pays nordiques euh, les femmes allaitent beaucoup, mais la société a compris que la maman (...) devait avoir du temps pour être maman (...) plus serein* »

M09 « *notre pays à ce moment-là devrait peut-être regarder ce qu'il se passe dans les pays nordiques pour favoriser l'allaitement maternel* »

M01 « *c'est déjà en place dans d'autres pays, pourquoi pas voir un peu les modèles structurels et économiques (...) il faut se rapporter à la médecine de ce pays-là, à l'éthique de ce pays-là, à la place de l'allaitement dans ce pays là* »

4.6.3. Source d'inégalités

Des MGs pointaient les **inégalités d'accès** véhiculées par l'AM : à une **alimentation saine**, au **congé parental**, aux **heures d'AM** et la **discrimination** induite.

Ils évoquaient une forme d'**injustice** pour les employeurs et les **distinctions** à faire :

M10 « *est-ce que tous les enfants ont vraiment accès à une alimentation saine et diversifiée c'est pas sûr* »

M07 « *incapacité financière (...) avec ce qu'on leur donne en congé parental* »

M09 « *pas pour tout le monde (...) une employée (...) elle a pas le droit (...) raisonnement ne sera pas le même entre (...) l'administration, (...) l'éducation nationale, (...) cadre dirigeant (...) femme médecin* »

M03 « *nous ne sommes pas pareil donc il ne peut pas y avoir d'égalité homme femme (...) il y a une différence (...) un directeur d'une grosse boîte qui a embauché une cadre supérieure et qui lui dit je m'arrête (...) va devoir embaucher quelqu'un (...) elle va revenir comme si de rien n'était (...) c'est pas très juste non plus* »

4.6.4. Moyen d'égalité en santé

D'autres MGs voyaient l'AM comme un élément pouvant être **accessible à tous**, **indépendamment** des **ressources** financières et donc comme **vecteur d'égalité** :

M09 « *pour favoriser l'allaitement maternel il faut, il faut offrir des possibilités à toutes les femmes et non pas à certaines catégories de salariées* »

M10 « *les plus défavorisées (...) financièrement ça les aiderait d'allaiter (...) enfants qui auraient le plus besoin d'être allaités (...) c'est justement à eux que ça ferait du bien d'avoir l'allaitement pour éviter d'avoir le biberon de coca à... à 6 mois* »

5. Les stratégies mises en place

5.1. Places et rôles des médecins généralistes

Tous les MGs se sentaient concernés par l'AM, mais ils n'étaient **pas tous d'accord** sur le rôle qu'ils avaient à jouer. Certains se décrivaient comme **pilier**, **premier recours**, en qui le patient a **confiance**, là pour délivrer un **avis d'expert**, **conseiller** et **conditionner**. Ils évoquaient leur place tantôt **à l'initiation du débat** tantôt **face aux problèmes** :

M01 « *j'veais pas dire centrale (...) on est un des piliers (...) pas hésiter à l'aborder* »

M02 « *relation de confiance (...) font attention (...) respecte ce que on va leur dire* »

M09 « *on vient plutôt me voir quand il y a des problèmes* »

M03 « *nous ne sommes là que pour poser un diagnostic (...) un avis d'expert* »

M06 « *la place (...) de la réassurance, du conseil que l'on peut avoir* »

M05 « *toujours en première ligne (...) je prépare toujours les mamans* »

5.2. Eduquer pour permettre un cheminement

Plusieurs MGs pointaient l'importance de l'**éducation** du patient, passant par une **préparation anticipée** pour enclencher un **cheminement** superposable à celui de la **parentalité** :

M01 « *tout est une question d'éducation (...) au mieux ça se prépare, au mieux ça se met en place (...) le cheminement de l'allaitement moi je le pose déjà, fin, dès le départ, dès les premiers mois de grossesse* »

M05 « *je les prépare (...) comme il faut se préparer à avoir un enfant* »

5.3. Délivrer l'information pour une décision éclairée

5.3.1. Contenu large répété

Nombre de MGs tenaient à informer les mères, ils évoquaient le contenu **vaste**, **répété** de l'information à délivrer, **basée sur la science** et **vulgarisant l'AM** :

M08 « *Mais il faut leur donner l'information (...) le rôle de ceux qui exercent cette profession (...) c'est de la rhétorique, c'est l'art de l'enseignement (...) trouver des solutions qui permettent de vulgariser l'allaitement* »

M01 « *relai (...) tire lait, de congélation (...) garde (...) être scientifique* »

M07 « *tout au long de la grossesse je pense qu'il est important (...) d'expliquer les bienfaits de l'allaitement, à la fois pour le bébé et puis à la fois pour la maman et puis ce qui facilite la mise au sein (...) présenter le relationnel (...) faut être plus simple* »

5.3.1. Supports multiples

Quelques MGs rappelaient l'importance de **multiplier** les **sources** et les **supports** proposés : internet, papiers, guides, carnet de santé, télévision. Ils les citaient comme **appuis** de leur propos **pour la réflexion** des futurs parents et **gains de temps** pour les MGs :

M04 « *je les oriente vers des sites (...) ça m'évite de passer un temps infini* »

M02 « *les forums (...) Le problème c'est (...) les retrouver (...) si il y avait des supports, elles y jetteraient un œil (...) ça permet (...) de revoir ça chez elle* »

M07 « *des guides de l'allaitement qui existent donc on peut leur proposer* »

M09 « *ils ont pleins de choses dans leur... dans le carnet de santé* »

M08 « *PLUS il y a aura de sources d'informations plus, mieux ce sera (...) transmettre (...) on ne fait pas de la médecine à la télé (...) peut venir (...) convaincre davantage* »

5.3.2. Autres personnes ressources

Plusieurs MGs notaient qu'informer n'était pas seulement de leur ressort :

M08 « *la préparation à l'accouchement (...) l'information par les sages-femmes, (...) les gynéco, (...) le personnel de la maternité, pendant (...) la période post-partum* »

M10 « *il n'y a pas que les médecins non plus à en parler* »

5.4. Ajuster les objectifs

Pour certains MGs, informer permettait d'**influencer** et **induire le changement** :

M05 « *je prépare (...) en disant que « je voudrais que vous allaitiez, faut allaiter »* »

M10 « *on peut l'influer parce que on peut donner les arguments, on peut expliquer* »

M07 « *faire évoluer les représentations* »

M08 « *aider à changer d'avis (...) convaincre davantage* »

Les MGs informaient les mères pour leur permettre de prendre une **décision éclairée**, les ouvrant à toutes les possibilités et les invitant à expérimenter dans le but d'**optimiser le déroulement** de l'AM :

M08 « *si on a pas reçu l'information, comment (...) agir entre guillemets correctement ? (...) donner la bonne information pour que ça se passe très bien* »

M10 « *apporter les éléments qui aideront à la décision* »

M02 « *je n'sais pas toujours si la décision est éclairée* »

M06 « *rien n'est immuable et que voilà, elles peuvent tenter* »

M07 « *Si on essaie pas on ne voit pas (rires) voilà, c'est tout bête (...) si on essaie (...) rassuré en général ça se passe bien* »

D'autres MGs souhaitaient **respecter** la décision prise et **ne pas influencer**. Certains **ne surestimaient pas l'influence** du MG sur les patientes :

M01 « *je ne vais pas aller les forcer* »

M02 « *je mets ça un peu sur le respect de sa décision* »

M03 « *il faut laisser les gens prendre leur propre décision (...) Après si elles le font, je ne vais certainement pas les en empêcher non plus* »

M04 « *il faut pas surestimer l'influence qu'on a sur les patients, ça part aussi beaucoup d'eux (...) pas motivés on peut leur dire ce qu'on veut, ça fera rien* ».

5.5. Adapter la communication

5.5.1. Ecoute active et empathie

Plusieurs MGs pointaient l'importance **d'être à l'écoute des mères**. Ils usaient **d'empathie** et rappelaient la **nécessité d'adapter** leur discours, **quantitativement et qualitativement**, pour **pallier aux erreurs d'interprétation** :

M03 « *écouter les gens (...) rôle de confesseur* »

M07 « *il faut écouter (...) les laisser expliquer un petit peu ce qu'elles pensent de l'allaitement (...) les laisser formaliser un petit peu leurs représentations* »

M03 « *tout dépend quel est le ressenti (...) si on sent que y'a quelque chose qui ne va pas (...) il faut faire attention à ce qu'on dit (...) elles ont interprétés des choses* »

M06 « *après je comprends tout à fait les obstacles* »

M01 « *si y a trop de messages pendant une consultation ils ne retiennent pas* »

M05 « *il ne faut pas être livresque (...) vous devez faire ça ça ça ça (...) ben nan* »

5.5.2. Homogénéisation des discours

Les MGs déclaraient que les discours étaient **disparates et variaient** selon l'intérêt porté pour l'AM de l'**interlocuteur**. Ils notaient un retentissement de la **féminisation** de leur **profession** et insistaient sur le besoin **d'homogénéiser** tous **les discours** :

M10 « *conseillère (...) en lactation (...) elle pousse à fond (...) moi j'aurais dit stop* »

M05 « *ça dépend sur quelle équipe vous tombez (...) la féminisation de la, des médecins généralistes je pense que ça facilite les choses (...) avec une femme ce serait plus facile de parler problème allaitement* »

M08 « *discours différent (...) ceux-là peut être ne seront pas enclins à avoir l'information sur l'allaitement (...) on doit tenir le même discours Pour les patients qui désirent ou Non continuer d'allaiter (...) le médecin, le sage-femme, la puéricultrice et le personnel de la maternité (...) le MÊME socle* »

5.6. Soutenir

5.6.1. Soutien pratique

Tous les MGs s'accordaient devant **leur rôle** prépondérant pour **soutenir** les mères sur le plan **pratique** et désiraient **amener des solutions** pour prolonger l'AM :

M03 « *si on sent (...) que ça cause un problème (...) OUI on a notre rôle à jouer (...) des solutions, on va la soigner cette crevasse, et puis on pourra poursuivre* »

M04 « *là où ils commencent à être motivés, c'est là où il faut les attraper (...) là effectivement je pense qu'on peut faire quelque chose* »

M02 « *parce qu'en fait y'a pas de problème qui n'aient pas de solution* »

M05 « *montrer qu'on peut aussi gérer un allaitement avec des biberons euh tirés d'avance (...) ça a pu aider (...) certaines femmes qui n'y avaient pas pensé* »

5.6.2. Soutien psychologique

Les MGs s'attardaient également à **dédramatiser** l'AM, l'AA et le sevrage. Ils **déculpabilisaient** les mères, **rassuraient** et **encourageaient**, du moins essayaient :

M03 « rôle en tant que généraliste je pense de soutien psychologique (...) on sent un soulagement (...) elles ne sont pas des mauvaises mères si elles nourrissent pas »

M07 « dédramatiser l'allaitement (...) essayer d'identifier ce qui a pas marché pour essayer de rassurer (...) éliminer toutes leurs craintes, toutes leurs difficultés »

M04 « leur donner des clés (...) si ça marche pas (...) on passe à autre chose »

M06 « démystifier un petit peu la chose (...) déculpabiliser la maman (...) les primipares (...) elles cherchent justement le réconfort ! »

M01 « faut encourager (...) Si on veut un allaitement dans la durée (...) on doit être accompagnant (...) sur du coaching, sur du soutien »

5.6.3. Renforcement positif et entretien motivationnel

Des MGs évoquaient leur approche par la pratique de l'**entretien motivationnel** avec pour objectif de **libérer les mères**, résoudre leur ambivalence et optimiser le déroulement de l'AM et ce dans la durée :

M07 « important de mettre en confiance la maman (...) on part dans l'entretien motivationnel (...) automatiquement si vous les aidez, si (...) vous les renforcez dans la, ... leur volonté de de...poursuivre l'allaitement ça se passe bien (...) une fois qu'on a identifié ses peurs (...) mettre des mécanismes en place pour justement essayer d'éviter la peur (...) c'est pour ça qu'il faut rassurer et leur libérer un peu tout ça... »

M10 « besoin d'être encouragées (...) les conforter dans leur choix »

M02 « je les félicite toujours de l'avoir fait (...) je ne loupe pas d'occasion de faire une petite remarque en disant que c'est une bonne chose (...) motiver les mamans »

5.7. Nécessité de disponibilité

Beaucoup de MGs pointaient l'aspect **chronophage** du soutien à l'AM. Ils **géraient** la **temporalité**, se rendaient **disponibles**, allaient au **domicile** pour évaluer ou avouaient être **évitant**, **manquer de temps**, bien qu'il leur paraissait **nécessaire** :

M05 « *je prends le temps parce que c'est mon tempérament (...) ils ne prennent pas le temps (...) difficulté avec un allaitement, il vous faut une demi-heure* »

M01 « *c'est très très chronophage (...) un allaitement je bloque 3/4 d'heure (...) une maman qui ne s'en sort pas chez elle, ben j'avais aller au domicile* »

M07 « *être disponible pour leur proposer (...) soit vous venez, soit vous m'appellez* »

M02 « *le problème aussi (...) pas toujours l'occasion (...) je regrette peut être quelques fois de ne pas passer suffisamment de temps (...) faut avoir du temps* »

M09 « *on ne prend pas le temps (...) le temps de bien expliquer...* »

M03 « *manque de temps (...) en libéral, on a le temps de rien (...) j'ai plus de temps maintenant (...) c'est quand même important (...) un problème euh, plus psychologique, plus relationnel oui il faut prendre le temps* »

5.8. Un suivi centré sur le patient

La stratégie mise en place par les MGs était de **s'adapter** à chaque patient dans sa **globalité**. Ils conciliaient **médecine sociale**, tampon avec la société et médecine **basée sur les preuves** mais parfois **empreints de leurs perceptions** de l'AM :

M03 « *C'est du cas par cas, je pense que aucun allaitement ne se ressemble (...) chaque cas est différent, il faut s'adapter aux gens...* »

M09 « *la dimension psycho-sociale et médico-sociale devient plus importante (...) rôle de médecin Social maintenant c'est d'être le tampon entre la société et cette forme d'agressivité qu'est le monde actuel et puis la personne* »

M08 « un ensemble à cogiter (...) organisation (...) globale »

M07 « l'EBM (...) il y a ce qu'on vit, il y a ce qu'on recommande et puis il y a le patient, et puis on essaie de faire un savant mélange pour arriver à faire quelque chose de correct. Mais ça dépend du patient, ça dépend du médecin »

M10 « sevrage tabagique j'pense qu'on fume ou qu'on fume pas, on est capable d'aider (...) un discours (...) très médical, très carré, très recommandations et voilà, autant (...) pour l'allaitement euh c'est très personnel »

5.8.1. Explorer les choix et les attentes des mères

Les MGs insistent sur l'importance **d'explorer** les choix des mères, de s'intéresser au **pourquoi**, en particulier lors du refus pour **identifier** les **freins** et les problématiques médicales. Certains reconnaissent ne pas le faire suffisamment :

M07 « déjà voir si il y a souhait ou pas d'allaiter... »

M08 « pourquoi elles sont entre guillemets contre l'allaitement... faut savoir les raisons (...) c'est notre travail aussi de l'aider à comprendre pourquoi »

M02 « doutes (...) ou si y'a des p'tits problèmes au départ (...) faudrait creuser (...) j'insiste ptêt pas assez pour savoir un petit peu »

Dans leur approche, les MGs veillent à **répondre aux attentes** des mères, ils explorent leur besoin de conseils si elles amènent leurs questionnements et décident **d'intervenir** ou de ne pas le faire en fonction de leur ressenti :

M06 « ce qu'elle cherche (...) quelle réponse un petit peu elle voudrait (...) savoir exactement ce qu'elles veulent en fait, 'fin voilà, le fond de leurs pensées »

M02 « je ne vais vraiment intervenir que si je sens que ça pose un soucis »

M03 « on conseille en fonction de là où on sent où se situe le problème (...) qu'elle prenne conscience qu'il y a un problème (...) essayer de trouver des solutions »

5.8.2. Abord difficile de la question de l'allaitement prolongé

Tous les MGs s'accordaient sur l'impératif d'**anticiper** pour préparer au choix :

M07 « *faire très en amont je pense que c'est un bon moyen pour avancer* »

M09 « *il faut aborder l'allaitement et il faut euh, anticiper...* »

Ils s'impliquaient sur le sujet de l'AM **précocement**, **dès le début** de la grossesse.

Leurs **initiatives** portaient plutôt sur l'AM en général. Les MGs trouvaient plus **difficile** d'aborder l'AL et l'évoquaient **moins spontanément** sous peine de **réfreiner** les mères. Certains reconnaissaient ne **pas** toujours **parvenir** à **aborder** l'AM, l'**oubliaient** et **éludaient** la question de l'AL. Ils concédaient que si le MG ne le faisait pas, la **mère** pouvait ne pas l'aborder **non plus** :

M02 « *au début (...) avant la naissance (...) parle de l'allaitement c'est au départ* »

M05 « *au moment de voilà, j'ai fait un test de grossesse, il est positif* »

M10 « *ça me paraît compliqué à une dame qui est enceinte de lui demander jusque quand elle va allaiter (...) ça risque au contraire de (...) freiner (...) bloquer (...) je ne demande jamais jusqu'à quand elles ont l'intention d'allaiter* »

M01 « *la question très tôt, « et comment vous avez prévu de nourrir votre enfant ? »* »

M07 « *peut être qu'on y pense pas assez (...) pendant la grossesse... d'en parler* »

M08 « *les dames n'en parlent pas* »

Les MGs évoquaient la manière **répétée** d'aborder l'AM au cours des examens de **suivi mensuel**, mais ne semblaient **pas** en faire **autant** pour l'AL :

M05 « *le retravailler quand je continue à les voir plus loin dans la grossesse.* »

M08 « *suivis de grossesse (...) l'occasion d'enfoncer le clou de façon régulière* »

M10 « *à nous en tant que médecin, d'en parler plus facilement pendant la grossesse, ou même avant* »

Les MGs privilégiaient l'abord de l'AL **après l'accouchement** et à distance, lors du suivi du nourrisson. Ils rappelaient la nécessité d'**anticiper la reprise du travail** :

M10 « *aux premiers jours de vie du bébé ça me paraît compliqué* »

M07 « *profitez des visites mensuelles d'examen des nourrissons pour euh discuter aussi de cet allaitement (...) s'il ya des difficultés, s'il y a des freins, en parler* »

M05 « *c'est pas une semaine avant la reprise du boulot qu'il faut commencer à dire (...) comment on va faire ?* »

Les MGs constataient finalement être **peu sollicités**, encore moins au sujet de l'AL et plus souvent **a posteriori**, après l'initiation. Ils l'apprenaient parfois **par hasard** :

M09 « *on ne vient pas me voir directement pour un allaitement* »

M07 « *au-delà d'un certain temps (...) vous le découvrez parfois par hasard* »

M02 « *elles sortent de la maternité (...) l'allaitement a déjà commencé ou bien c'est déjà de l'artificiel* »

5.8.3. L'intérêt de consultations dédiées

Les MGs déploraient n'être bien souvent pas au courant du projet de **grossesse**. Ils évoquaient l'intérêt d'une consultation dédiée **préalable** pour aborder le sujet de l'AM, à l'image de la **visite préconceptionnelle**, moment où les **femmes** seraient plus **enclines** au **changement**. Leurs **représentations préconceptionnelles impactaient**. Ils citaient des consultations **régulières** pour **l'accompagnement** :

M09 « *la consultation préconceptionnelle, c'est exceptionnel (...) faudrait faire une consultation dédiée* » M01 « *pérenniser la chose par des contacts. Réguliers.* »

M10 « *cibler les dames avant qu'elles se fassent leur idée donc avant la grossesse (...) le bon moment, parce qu'elles (...) ne se sont pas encore (...) arrêtées (...) avant même de tomber enceinte je pense qu'elles se font déjà leur idée* »

5.8.4. Prendre en compte l'environnement

Etant leur **médecin traitant**, les MGs avaient l'avantage de **connaître** ou pouvoir **explorer l'environnement** des futures mères afin d'**anticiper les freins** éventuels :

M05 « *il faut voir dans quel contexte ils sont* »

M01 « *quel métier il pratique et vous savez déjà si vous risquez des écueils* »

M08 « *pouvoir concilier les conceptions traditionnelles de chacun* »

5.8.5. Inclure le père

Les MGs rencontraient peu les pères qui restaient **discrets**, ils suggéraient qu'ils voyaient la **praticité** de l'AM et ne **s'en plaignaient pas**. Des MGs prenaient un rôle de **médiateur**. La plupart insistaient sur le besoin d'**inclure le père** dans la prise en charge pour l'**informer** et **lever** une barrière en cas de **désaccord** avec la mère :

M09 « *ils n'en parlent pas* » M04 « *il ne va pas s'en plaindre* »

M03 « *pour beaucoup de papas c'est bien pratique... parce qu'ils ont rien à faire* »

M01 « *rôle de médiation (...) venir avec leur mari pour discuter d'allaitement* »

M02 « *parfois aussi il a son mot à dire* »

M08 « *Il faut qu'il soit au courant (...) même explication à son compagnon (...) pour éliminer cette barrière-là, il vaut mieux que le papa soit aussi impliqué dans ce processus (...) permettra d'éviter le refus du père* »

Les MGs décrivaient le père **exclu sans l'aspect nourricier**. Ils **proposaient** qu'il s'**implique autrement**, lors du bain ou des câlins, par le **partage des tâches** :

M10 « *prend beaucoup plus sa place quand il allaite 'fin (...) peut donner le biberon (...) il doit trouver sa place (...) les bains, les temps de ...euh de repos, de câlins* »

M07 « *l'intégration du père est importante, par plein de moyens* »

M03 « *le père est un peu exclu (...) faut pas hésiter à le faire intervenir* »

Quelques MGs expliquaient tenir compte des **représentations** du père et de sa culture. Ils observaient que certains **questionnaient leur place, la normalité, l'intimité** et la **sexualité**, ou encore qu'ils **ne comprenaient pas l'intérêt de l'AL** :

M03 « *ça dépend aussi de leur propre éducation (...) au Maghreb (...) le père a un rôle qui n'apparaît que secondairement* »

M09 « *s'il se dit que l'allaitement va peut-être déformer sa compagne* »

M01 « *« qu'est-ce que je peux faire ? » (...) « Est-ce que c'est normal ? Est-ce que ma femme elle ne devrait pas arrêter d'allaiter » (...) papas qui ont du mal à comprendre à partir du moment où l'enfant est diversifié* »

Les MGs décrivaient le **rôle** du père dans l'AM, d'abord comme **soutien auprès de la mère** et aussi comme **séparateur** :

M04 « *le papa (...) c'est du soutien psychologique, essentiellement* »

M03 « *c'est l'élément un peu séparateur entre la mère et ... son bébé (...) c'est le rôle du père de dire (...) là c'est le lit de papa et maman* »

Les MGs dépeignaient la **place variable et croissante** du père selon l'importance de son investissement, ils opposaient **démissionnaires** et **investis** et notaient que cette **place** n'était **pas sous-tendue** uniquement **par l'AM** :

M04 « *la place du père a (...) évolué (...) les pères ils s'investissent (...) dépend de la personnalité (...) le père démissionnaire qui en a rien à battre et là c'est réglé* »

M10 « *des papas qui vont savoir trouver (...) d'autres moments à passer avec le bébé (...) certains papas où ben si c'est pas la couche, le bain ou le biberon euh ils ne vont pas forcément prendre ce temps (...) il y a des papas qui s'investissent pas forcément alors que justement le bébé il est au biberon aussi, ça ne veut rien dire* »

5.8.6. Surveiller l'équilibre familial

La plupart du temps cela se passait bien. Certains MGs indiquaient que l'AM **perturbait** l'équilibre familial, par les **pères frustrés** ou **oubliés, spécifiquement** dans l'**AL**, lié à la fatigue et aux mères exclusives. L'AM pouvait mener jusqu'à la **séparation** :

M03 « *le fonctionnement familial (...) tout se passe bien (...) l'allaitement longtemps (...) le père est un peu exclu (...) ça peut générer des difficultés* »

M07 « *mise à l'écart du papa, ce qu'appréhendent certains papas (...) elles l'oublient (...) veulent participer et les mamans ne veulent pas parce que c'est leur bébé* »

M04 « *ça peut jouer effectivement sur le couple à la base (...) le frustrer (...) pas sûr qu'en termes de relation et de dynamique au niveau du couple et au niveau familial ce soit très positif (...) le couple volait en éclat dans les tout premiers mois ou années (...) ce n'est pas forcément euh... étranger à ça* »

5.8.7. Veiller à l'entourage

Certains MGs décrivaient l'entourage comme un **atout** pour favoriser l'AM mais aussi une **difficulté** qui **limitait l'initiation** de l'AM, la **poursuite** d'un AL ou le **sevrage** :

M01 « *entourée par des copines qui allaitent, partout, par la famille (...) collègues de travail, ça se passe très bien (...) des personnes bienveillantes (...) mère isolée qui est la première de son groupe à avoir un bébé (...) c'est très très dur.* »

M05 « *la mère ou la belle mère qui s'y mêlent (...) les grands mères (...) c'est quand même toujours « ma belle mère »* »

M06 « *l'entourage (...) plus sceptique par rapport à l'allaitement long* »

M03 « *voudrait arrêter mais qui a une pression peut être familiale* »

5.8.8. La reprise du travail

5.8.8.1. Principale difficulté

Globalement les MGs voyaient le travail comme **une difficulté variable** selon le métier, ses lieux et horaires, l'accès à une crèche et surtout lorsque l'AM était exclusif. Pour certains, travail et AM semblaient **incompatibles** ou tout à fait **possible** pour d'autres, un **cap à passer** :

M10 « *Le travail (...) ça clairement pour l'allaitement 'fin il y a rien de pire* »

M01 « *des professions (...) pas du tout compatibles (...) ça reste une utopie* »

M03 « *des gardes la nuit (...) c'est difficile, vous arrêtez...* »

M09 « *l'allaitement exclusif c'est quasiment pas possible (...) des plages horaires de travail qui peuvent être matin, midi et soir... difficile d'imaginer d'allaiter* »

M08 « *ces contraintes (...) les occulter et faire un allaitement normal (...) pas incompatible (...) structure où il y a une crèche voilà, c'est (...) plus facile* »

M06 « *une fois passé (...) cette barrière-là de reprise du travail qui est compliquée* »

Les MGs décrivaient le **cadre défavorable** du travail pour l'AM, lié à la **fatigue**, au **changement de rythme** et au **stress** :

M04 « *en termes de fatigue c'est pas évident et si en plus on a repris le boulot, je pense que c'est encore moins évident* »

M06 « *quand on reprend ben on est tout de suite à 200% et 'fin voilà, c'est compliqué (...) de jongler avec le travail* »

M07 « *reprendre le travail génère du stress... qui ne favorise pas l'allaitement (...) comment je vais faire pour allaiter mon bébé (...) puis ce soir je ne vais plus avoir de lait, je suis trop stressée, ou j'ai trop travaillé* »

5.8.8.2. Stratégies mises en place pour poursuivre l'allaitement

Les MGs énonçaient les **stratégies** mises en place pour poursuivre l'AM. Les mères **reprenaient à temps partiel, allaitaient** ou **tiraient leur lait** sur leur **lieu de travail** parfois **inadapté**, avec la **logistique**, le **transport** et la problématique **d'hygiène** associés. Elles faisaient des **réserves** à l'aide du tire-lait. Ils constataient souvent un passage à un **allaitement mixte** ou à un **allaitement minimal** :

M03 « *des fois certaines mamans essayent de trouver des solutions (...) trouver un moment dans la journée pour se libérer pour allaiter ou tirer leur lait (...) pour que ce soit leur lait (...) donné au biberon (...) garde une tétée* »

M05 « *arrangent tout leur travail (...) mi-temps pour pouvoir continuer à allaiter* »

M06 « *reprennent à 80% (...) difficile à combiner (...) du mixte qui se met en place* »

M07 « *le cadre du travail (...) tirer son lait (...) des endroits où ce n'est pas adapté* »

M04 « *c'est une logistique (...) une pompe euh électrique (...) lait dans le frigo et puis elle ramène le soir et puis il faut réchauffer pour donner au bébé pour la nounou* »

M01 « *avec les réserves etc. pour poursuivre (...) un allaitement au tire-lait* »

M02 « *l'allaitement mixte (...) la journée c'est l'allaitement artificiel* »

5.8.9. Le sevrage

Les MGs étaient **peu sollicités** ou plutôt **a posteriori**, surtout dans le sevrage de l'AL. Ils constataient qu'ils **n'avaient pas connaissance** du moment du sevrage, qui pouvait parfois avoir lieu **précocement** lors de **difficultés** ou quand l'AM devenait **moins plaisant**. Ce sevrage pouvait être **dramatique** pour certaines mères :

M03 « *souvent la maman arrive en disant j'ai arrêté* »

M04 « *elles gèrent le truc et puis pouf on enchaine sur les laits artificiels (...) j'arrive après la bataille (...) elles nous le disent après* »

M10 « *jamais elles me disent « j'pense que je vais arrêter parce que »* »

M02 « *je ne sais pas trop quand est-ce qu'elles arrêtent (...) quelques fois, elles arrêtent malheureusement assez vite parce que, y'a des problèmes* »

M07 « *moins plaisant (...) il faut commencer à tirer son lait et c'est plus pareil* »

A ce stade, **peu** de MGs essayaient d'**explorer** les **raisons** du sevrage, ils tâchaient de **déculpabiliser** les mères :

M02 « *essayer de voir quelles sont les raisons de l'arrêt de l'allaitement* »

M03 « *Faire en sorte qu'elle ne se sente pas coupable quoi d'avoir arrêté* »

Lors de l'AL, les MGs décrivaient le **naturel** du **sevrage**, d'un commun accord :

M03 « *ça se passe un peu j'dirais d'un commun accord avec le bébé* »

M04 « *il y a une sollicitation par le bébé, et (...) elles ne se posent pas la question* »

Il arrivait **parfois** que ce sevrage soit **proposé par les MGs**, lors de **co-nursing** ou d'**épuisement**, **malgré** la **volonté** de certains MGs à **promouvoir** l'AL :

M03 « *dire à la maman d'arrêter son allaitement avant la naissance du suivant (...) quand on leur dit mais enfin mais vous avez le droit de passer au biberon* »

M05 « *des fois je suis en rage de devoir dire (...) qu'il faudrait arrêter l'allaitement* »

Le **travail** était souvent **pourvoyeur du sevrage**, parfois **organisé** pour la reprise :

M07 « *le travail est effectivement un marqueur pour l'arrêt de l'allaitement (...) patientes organisent le sevrage justement pour pouvoir reprendre le travail* »

M09 « *par rapport au congé théorique (...) jeunes mamans (...) arrêtent (...) pour des problèmes d'organisation* »

M10 « *un allaitement qui se passe bien il n'y a pas de raison qu'elles arrêtent sauf si reprise du travail* »

5.9. Coordonner les soins

Certains MGs orientaient les mères et se présentaient comme **coordinateurs** du **suivi** avec une **dimension sociale**. Un MG laissait entendre que les **maternités** étaient aujourd'hui **plus à même** de coordonner ce suivi :

M01 « *proposer à la maman les réseaux pour s'encadrer. Là on a toute notre place* »

M08 « *l'avenir de la médecine c'est un travail coordonné. Médical, paramédical et peut être même socio-administratif, voilà, donc ça c'est Notre avenir (...) pluri-secteur, peut être triangulaire, voilà le médical-paramédical, la dame et le compagnon (...) le personnel de la maternité, le gynéco, les sages-femmes ont un rôle un peu plus prépondérant là-dessus* »

M09 « *les orienter (...) on leur demande de regarder s'ils ont des aides* »

5.9.1. Avec les maternités

Selon les besoins et choix des mères, les MGs **orientaient** vers les **maternités** parfois labellisées **IHAB** pour leur **suivi de grossesse** ou les **séances de préparation** à l'AM. Ils les voyaient comme un **lieu** où les **professionnels** ont du **temps pour l'observation** et pour les **explications** mais **questionnaient** parfois leurs **prises en charges** :

M08 « *il y a une maternité à côté (...) suivi de maternité* »

M05 « *les préparations à l'accouchement sur l'allaitement (...) c'est dépendant des maternités (...) des fois un soucis d'encadrement dans les premiers jours* »

M01 « *de plus en plus d'hôpitaux amis des bébés* »

M09 « *comment le bébé et la maman sont au moment de la mise en contact (...) il y a du personnel qui euh a le temps de bien expliquer... ça je pense qu'ils le font* »

M03 « *maternités qui sont un peu trop jusqu'au-boutistes (...) insistent lourdement* »

5.9.2. Travailler en équipe

Plusieurs MGs insistaient sur le travail d'équipe, comme le faisait la MG en PMI. Ils décrivaient une organisation **pluridisciplinaire**, socle du **développement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles** :

M03 « *l'avantage nous ici de travailler en équipe (...) psychologue (...) puéricultrices notamment une qui est formée à l'allaitement* »

M08 « *une nouvelle organisation du travail (...) les médecins, les paramédicaux (...) bloc pour le suivi de patients et c'est tout le monde qui gagne là dessus (...) c'est l'intérêt même des maisons de santé pluridisciplinaires (...) l'intérêt des réunions de concertation pluriprofessionnelles où le médical va euh, rencontrer le paramédical et établir un socle de suivi et (...) l'information à dispenser au patient* »

Quelques MGs constataient **ne pas communiquer suffisamment** avec le réseau mais plusieurs d'entre-deux **orientaient** principalement vers les **sages-femmes** pour se **relayer** la prise en charge. Certains y voyaient un problème de **morcellement** du **suivi**, pouvant causer des **perdus de vues** :

M01 « *je demande qu'elle reprenne rendez-vous avec la sage-femme (...) suivi pluridisciplinaire (...) la sage-femme qui prend le relai* »

M08 « *à domicile (...) puéricultrice et sage-femme pendant un mois et (...) nous prenons le relai* »

M06 « *avoir plus de contacts avec les organismes (...) pour les orienter* »

M04 « *le problème de l'éclatement du suivi* »

M02 « *les mamans sont suivies par la sage-femme etc., on les voit plus vraiment* »

5.9.3. Au sein d'un réseau

Certains MGs trouvaient les réseaux **insuffisamment connus** quand d'autres s'étaient entourés des **partenaires** pour orienter les mères **lors de difficultés** ou les **informer**. Ils pointaient la **faible visibilité** de ces ressources auprès des mères :

M03 « *médecins généralistes ne savent même pas ce qu'on fait* »

M08 « *en cas de difficultés ou alors en cas de manque de temps d'information (...) il faudrait que ces associations soient connues des professionnels de santé* »

M01 « *pour qu'elle puisse euh, être bien entourée (...) la mère qui doit chercher* »

M06 « *je leur donne (...) et puis je leur dis (...) qu'elles peuvent les contacter* »

Au sein de ce réseau, les MGs citaient la **PMI** pour le suivi de l'AM avec du personnel **spécifiquement formé**. Ils parlaient d'autres **professionnels** dont les **sages-femmes** qui **facilitaient** le suivi en ville, particulièrement pour l'AM, avec des **disparités** et une **limite** temporelle. Ils évoquaient les **puéricultrices**, les **conseillères** en lactation et le développement des **réseaux de périnatalité** :

M05 « *plus de sages-femmes en ville, je pense que ça facilite (...) organisé* »

M01 « *J'ai un excellent réseau de sages-femmes (...) pas sûr que dans tous les secteurs médicaux ce soit comme ça (...) après six mois elles ne les voient plus* »

M03 « *en PMI (...) des gens formés et qui ont le plaisir et le temps* »

M03 « *il existe beaucoup plus de choses maintenant (...) de réseau de périnatalité* »

Des MGs nommaient des **associations** de soutien à l'AM et les **groupes de mères** dont l'**appui** pouvait **impacter** sur les **représentations sociétales** :

M01 « *sur la région Nord-Pas-de-Calais on a (...) beaucoup de bénévoles* »

M05 « *Materlait (...) conseils sont bien adaptés (...) tout en étant variés* »

M06 « *les réunions d'allaitement (...) où elles pourraient se retrouver à partager* »

6. La promotion de l'allaitement long

Globalement les MGs considéraient que la promotion de l'AL était **inexistante** :

M01 « *en France il est inexistant. (...) on n'en entend pas parler (...) pour la promotion de l'allaitement long, il est nul (...) y'a aucune promotion nulle part...* »

6.1. L'ambivalence des médecins généralistes

Lorsqu'il s'agissait de l'AL, **peu** de MGs l'**encourageaient**. Ils étaient plus **mesurés**, bien que la plupart disaient promouvoir l'AM, **mission de prévention** du MG.

M03 « *je suis plutôt pro-allaitement (...) on va essayer de favoriser l'allaitement quand même le plus longtemps possible (...) pas sûre qu'il faille le promouvoir* »

M05 « *faut le promouvoir* »

M07 « *nous aussi on a un rôle à jouer et qu'on fait pas assez cette promotion (...) pour augmenter l'allaitement (...) Idéalement la promotion... logiquement toute maman devrait essayer au moins d'allaiter (...) donc oui faut faire de la promotion pour l'allaitement* »

M08 « *je dis à mes patientes, il vaut mieux allaiter, même jusqu'à deux ans* »

M10 « *C'est de la prévention (...) je suis pro-allaitement prolongé, j'ai tendance à l'encourager (...) maintenant euh, je ne suis pas pro allaitement à 100%* »

Certains **se refusaient** formellement à promouvoir l'allaitement prolongé, y voyant une forme de **zèle** tendant à imposer des idées :

M02 « *je ne vais pas commencer à faire du prosélytisme* »

M03 « *Promouvoir l'allaitement prolongé, personnellement je ne suis pas sûre que ce soit nécessaire (...) l'allaitement jusqu'à 6 mois c'est bien* »

M06 « *pas en gros dans entre-guillemets « la propagande »* »

D'autres **ne se prononçaient pas**, cela leur paraissait difficile de se positionner :

M04 « *Euh, je ne sais pas, ça c'est ... je n'ai pas trop d'avis là-dessus* »

M06 « *j'suis pas « il faut allaiter », j'suis pas « il faut pas allaiter »* »

M09 « *promouvoir l'allaitement prolongé, ben c'est se heurter (...) à notre société* »

6.2. Les autres intervenants

Les MGs évoquaient la promotion de l'AL plutôt **véhiculée** par les **associations**, les **hôpitaux labélisés IHAB** et la **semaine de l'allaitement** :

M05 « *d'abord ils font leur promotion ça c'est sûr* »

M08 « *s'il y a des associations qui véhiculent une information qui peut promouvoir l'allaitement, et ben tant mieux* »

M09 « *l'intérêt d'être dans des associations, il faut remonter ces informations auprès des dirigeants* »

M01 « *hôpitaux amis des bébés, ça ça aide... (...) La semaine mondiale de l'allaitement qui a lieu toujours début octobre* »

M10 « *dans les hôpitaux qui ont le label IHAB, il y a euh, c'est bête mais des photos de bébés au sein et des choses comme ça...* »

6.3. La place des médias

Quelques MGs mentionnaient les médias en proposant d'**élargir** les **messages** diffusés et de lever leurs biais. Ils pointaient qu'*a contrario*, les industries du lait avaient recours aux **publicités** : M02 « *puis maintenant avec Internet en plus* »

M10 « *on cible que les femmes enceintes (...) tout ce qui est marketing de lait maternisé, lait en poudre (...) eux ils font de la com' pour le coup* »

M08 « *les médias pour transmettre l'information, ça reste naturellement biaisé* »

6.4. Le rôle des pouvoirs publics

Plusieurs MGs responsabilisaient les instances décisionnaires pour **diligenter** des **études** confirmant les bénéfices sociétaux attendus et afin de **lever les ambiguïtés**. Ils les incitaient à **s'emparer** de cette problématique de **santé publique** et évoquaient leur rôle pour **légiférer** et **généraliser** les **messages** et les **mesures favorables** à l'AM et la parentalité :

M01 « *je ne suis pas économiste, je ne travaille pas à la sécu, je ne travaille pas au gouvernement, euh, y'a des études à faire là-dessus (...) dans une démarche de prévention (...) catégorie beaucoup plus politique et économique* »

M09 « *qu'est-ce qu'il faut faire ? Là il faut que nos sommités (...) nous aident à ce niveau-là (...) l'intérêt d'être dans des associations, il faut remonter ces informations auprès des dirigeants (...) cette politique sociale là qu'il faut mettre en place* »

M07 « *l'Etat, à partir du moment où c'est lui qui définit les règles du jeu je pense que c'est l'Etat qui doit subvenir à ça* »

M10 « *les messages de prévention dans les médias, les choses comme ça qui pourraient prôner l'allaitement* »

M06 « *il devrait y avoir des choses qui facilitent la reprise (...) plus de temps pour la famille* »

Une MG rappelait que le choix d'allaiter n'était finalement **pas du ressort** des pouvoirs publics, qui **ne tranchaient pas** :

M03 « *C'est pas aux instances publiques de faire ce choix* »

DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

1.1. Forces de l'étude

Dans le but d'explorer le vécu de l'AL par les MGs, cette étude permettait aux interrogés de discuter en toute liberté de ce thème liant professionnalisme et intimité. Elle explorait les émotions, sentiments, comportements et expériences des MGs. L'utilisation de la méthodologie qualitative apparaît adaptée pour analyser les phénomènes invisibles ou cachés, non mesurables objectivement mais spécifiques des relations humaines, en portant attention aux mots plutôt qu'aux chiffres.

Cette approche permet une compréhension plus large des déterminants des soins (31). Elle décrit l'aspect relationnel des soins et fait référence aux modèles culturels et à la culture vécue. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du raisonnement des MGs et des interactions avec les patients.

1.1.1. Validité externe liée au recrutement

L'échantillonnage raisonné fait ressortir les divergences au sein de la population de MGs du Nord et de leurs patientèles. Il maximise l'expression de diversité. Il a permis de balayer les variétés d'expériences selon les lieux, modes d'exercice (seul, groupe, proximité d'hôpitaux et maternité, *etc.*) et selon l'âge du MG. La diversité des populations soignées a aussi été prise en compte, étant donné les déterminants sociaux connus en matière d'AM (30).

1.1.2. Forces liées au recueil des données

Les entretiens se sont déroulés au cabinet ou au domicile des MGs, terrain connu qui permet d'installer un climat de confiance facilitant le recueil de confidences, à la différence du *focus group*. Les MGs interrogés s'étaient tous montrés intéressés par le sujet et avaient pris le temps de répondre aux questions avec franchise. L'utilisation de questions ouvertes type « Que pensez-vous ? » (cf. Annexe 1) a facilité l'émergence d'idées. Le guide a évolué grâce aux précédents entretiens. L'ordre des questions dépendait des MGs. La durée moyenne des entretiens d'environ 42 minutes a permis d'approfondir leur vécu.

1.1.3. Validité interne liée à l'analyse des données

La retranscription a été effectuée après chaque entretien de manière à limiter la perte d'informations. Le codage a bénéficié d'une triangulation de chercheur afin de limiter le biais d'interprétation. L'étude a été menée jusqu'à saturation des données. La théorisation ancrée a permis de construire des concepts à partir des idées amenées par les MGs et des situations qu'ils ont décrites.

1.2. Limites de l'étude

1.2.1. Limites liées au recrutement

L'échantillonnage recherchait l'exemplarité, il extrapolait la représentativité de la population de MGs. Malgré une volonté de variation maximale, la stratégie d'échantillonnage s'est secondairement adaptée à la convenance des médecins et selon leurs disponibilités ce qui crée un biais de sélection. Les MGs intéressés par les nourrissons risquaient d'accepter plus facilement de participer à l'étude, bien que le terme d'AL n'avait pas été précisé dans le thème énoncé pour limiter ce biais.

1.2.2. Limites liées au recueil de données

Les conditions d'entretien choisies par chaque MG n'ont pas toujours permis que le calme soit respecté : la réflexion du MG interrogé a pu être interrompue.

Pour diriger l'entretien en respectant la trame du guide, il fallait parfois recadrer le discours du MG sur la situation spécifique de l'AL, tout en le laissant s'exprimer librement, sans l'interrompre. En l'absence d'enquêteur indépendant, pour assurer une objectivité pendant la réalisation des entretiens, l'enquêtrice devait mettre de côté ses *a priori*. L'expérience professionnelle de l'enquêtrice débutante et les recherches bibliographiques réalisées en amont de l'étude l'ont parfois gênée dans son rôle et ont pu orienter les entretiens. En investissant les réflexions des MGs, leurs expériences et leurs opinions, l'enquêtrice a été amenée à moduler différemment chaque entretien, ce qui limite leur reproductibilité. Quelques MGs interrogés étant maîtres de stage, il pouvait s'installer une certaine hiérarchie lors de l'entretien. L'enquêtrice étant MG, les MGs interrogés pouvaient mettre en place des mécanismes de défense et modifier leur discours par crainte du jugement de leurs pratiques.

1.2.3. Limites liées à l'analyse des entretiens

Notons que l'enquêtrice, bien que de sexe féminin, avait l'avantage de ne pas avoir d'expérience personnelle de vécu d'allaitement. Malgré une volonté de neutralité, l'enquêtrice ayant spontanément un avis favorable sur le thème, il en résulte un conflit d'intérêt dont il faut tenir compte dans les résultats, créant un biais d'interprétation. Un tiers des entretiens ont été triangulés.

2. Comparaison aux connaissances actuelles

Dans cette étude du vécu des MGs de l'AL, nous avons identifié plusieurs éléments :

- la perception ambiguë de leurs connaissances, des recommandations et des bénéfices attendus de l'AL
- leurs représentations paradoxales de l'AL
- la description de profils-types de patientes discordants entre eux
- le poids des facteurs sociétaux lié au système et aux politiques de santé
- leurs attitudes pratiques qui se voulaient centrées sur les patientes
- leur ambivalence face à la promotion de l'AL.

En 2015, un travail de thèse auprès de MGs de Picardie (32) décrivait déjà leur vision parasitée de l'AM. Il décrivait la complexité des représentations issues des expériences personnelles, professionnelles et relatives aux valeurs socioculturelles, historiques, philosophiques et éthiques. Une étude similaire réalisée auprès de MGs australiens décrivait également cette ambivalence (33). Ces *a priori* sur l'AM n'ayant pas été dépassés, notre étude dans le cadre de l'allaitement prolongé appuie donc des idées similaires.

La définition de l'AL des MGs interrogés n'était pas consensuelle. Certains l'évoquaient dès 3 mois quand d'autres considéraient qu'il était long au delà de 2 ans. En s'en tenant aux recommandations et au vu des taux d'allaitement en France, la poursuite de l'allaitement au delà de 6 mois paraît une pratique prolongée. Il n'a pas été retrouvé de définition précise du terme d'allaitement dit long dans la littérature.

2.1. Optimiser les connaissances des médecins généralistes

Les MGs avouaient manquer de connaissances concernant les recommandations et les bienfaits démontrés de l'AL. Ils constataient qu'il existait une ambiguïté sur les données actuelles de la science évolutives et contradictoires. Les bénéfices de l'AL leur étaient insuffisamment connus. Tous ne semblaient pas convaincus de l'intérêt du lait maternel après 6 mois de vie.

Plusieurs études dans divers pays ont montré que le manque de connaissances des professionnels de santé altérait leur capacité à soutenir l'AM (34–36). Dans sa thèse, le Docteur Vuylstecker comparait les pratiques des MGs aux recommandations de la HAS. Elle observait que non seulement elles étaient très hétérogènes mais que certaines de leurs attitudes pouvaient mettre en danger la poursuite de l'AM (37).

De multiples propositions ont été émises pour mettre à jour les connaissances des MGs (groupes de pairs, stratégies éducatives larges lors de la formation médicale initiale, formation continue, supports électroniques (38)) mais leur mise en place ne semblait pas probante aux dires des MGs de notre étude. L'amélioration des connaissances devrait être valorisée au sein des docteurs, ceux qui se forment pourraient être le moteur de celle-ci. Dans la dynamique d'optimisation de la qualité des soins et vu l'obligation déontologique de formation continue pour tous les MGs, les discussions actuelles sur la recertification des médecins apparaissent légitimes pour s'assurer de l'ajustement des pratiques aux données des sciences en constante évolution.

2.2. Changer de paradigme vers la prévention

Les MGs interrogés abordaient l'AM comme supplanté par « l'habitude » du biberon. Ils évoquaient l'AM comme un moyen de prévention qui n'apparaissait plus comme la norme dans notre société dite industrialisée. L'information et la promotion de l'AM devraient être des priorités de santé publique. Elles s'inscrivent précisément dans une démarche de prévention individuelle et collective.

L'AM demande une implication forte des mères et conduit à de grands changements dans leur vie, nécessitant une approche éthique reposant sur le principe de bienfaisance. Cela va confronter ces mères à l'information scientifique éclairée du MG. Plusieurs MGs interrogés déploraient l'aspect chronophage de ce suivi et implicitement la faible rentabilité de leur investissement dans la promotion de l'AM. La prévention occupe une place croissante dans l'activité des MGs, demandant à ce qu'ils s'emparent de cette problématique. Cette évolution de la pratique médicale oblige le MG à modifier ses compétences, son savoir et à ajuster la relation qu'il entretient avec le patient. L'étude des pratiques des MGs en matière de prévention fait depuis longtemps état de nombreux freins (39,40). Son application est limitée par les manques de validation scientifique, de reconnaissance du MG ou de motivation du patient et le modèle biomédical finançant massivement les soins curatifs.

La récente volonté ministérielle « *Priorité prévention* » pourrait redonner de l'élan à ces démarches bien que l'AM n'y soit pas abordé explicitement (41). Il semblerait peut être judicieux d'en faire un moyen d'accéder à une Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) vu la mention à l'article 15.1 de la Convention Médicale de 2016 (42). L'inscription dans la nomenclature des soins d'actes de prévention est encore marginale. Par exemple, l'information sur la contraception chez la jeune fille a

depuis peu une cotation. L'acte « Entretien Prénatal Précoce » a récemment disparu des cotations. Un travail de thèse de 2014 décrivait sa non connaissance par les MGs (43). On pourrait imaginer qu'en tant que fort enjeu de santé publique, la consultation allaitement pourrait bénéficier d'une cotation spécifique valorisant la diversité de l'activité quotidienne du MG.

2.3. Délivrer une information claire et précoce

Plusieurs MGs insistaient sur la nécessité d'anticiper l'approche du sujet de l'AM. Néanmoins la plupart ne l'évoquaient pas dans la durée. L'abord précoce de la question de l'AM est un facteur influençant positivement sa poursuite (44). Les rapports de l'Académie de Médecine en 2009 (45) et du Professeur Turck *et al.* en 2010 (25) avaient suggéré d'éduquer aux notions d'AM lors de la scolarité, en vain.

Aucune étude à notre connaissance n'a montré à quel moment de sa vie la femme se positionne concernant l'AM. Acteurs de premier recours, nos MGs intervenaient plutôt à la demande des femmes et plus rarement spontanément. Comme les MGs de l'étude norvégienne (34), ils étaient plus confiants pour conseiller avant qu'après la naissance. Ils évoquaient également que l'information devait être délivrée au cours d'une consultation dédiée, au sens qu'un temps spécifique est nécessaire. Karine Ballieu l'observait déjà dans sa thèse en 2014 (46). La mise en place systématique d'un entretien prénatal précoce sur l'AM semble intéressante. Pour promouvoir la poursuite de l'AM, le caractère répété de l'information paraissait aussi nécessaire à nos MGs. Une méta-analyse de 2017 suggère de combiner éducation et soutien ante et post-nataux chez les primipares pour améliorer les taux d'AM à 6 mois (47). Le nombre de grossesses suivies par les MGs progressant (48), l'accent doit être mis sur les conseils délivrés en pré et post-conceptionnel.

3. L'approche centrée patient

3.1. Une approche holistique

Les MGs de notre étude se plaçaient comme pilier de prise en charge, ils s'adaptait à chaque patiente et son environnement. Ils faisaient preuve d'empathie et d'écoute bienveillante. Ils décrivaient la complexité de l'accompagnement des mères lors d'une grossesse et dans leur choix pour l'allaitement. Cela fait appel aux compétences spécifiques du métier de MG, à la convergence des trois domaines dans lesquels il exerce : les données actuelles de la science, la situation clinique observée et les préférences et comportements de la patiente (27). Le MG use de son savoir, son savoir-faire et son savoir-être dans une approche centrée patient, à l'intersection des dimensions scientifiques, contextuelles et comportementales.

3.2. Les attitudes bienveillantes des médecins généralistes

3.2.1. Induire du changement

Certains des MGs interrogés démontraient une volonté d'induire du changement et mettaient en avant l'utilisation de l'entretien motivationnel pour y parvenir. Son efficacité étant démontrée dans plusieurs domaines de soins primaires (49,50), cela pourrait être un atout pour la promotion de l'AL. Cette stratégie de communication s'intègre dans l'approche de Carl Rogers centrée sur la personne qui se base sur le modèle transthéorique des changements illustré par Prochaska (51). En collaboration avec le patient, le but du MG est d'amener ce dernier à évoquer ses motivations personnelles, pour éclairer ses choix, fixer et atteindre ses objectifs propres, dans le respect de son autonomie, avec empathie et sans jugement. Le MG ouvre à la divergence, respecte la résistance du patient et renforce ainsi son sentiment d'efficacité personnelle (52).

Un travail de thèse nantais observait en 2016 que l'utilisation en anténatal de l'entretien motivationnel était probablement corrélé à une augmentation de l'initiation de l'AM (53). Une récente étude britannique (54) décrit un modèle de bases théoriques nécessaires aux interventions par entretien motivationnel dans le soutien à l'AM, qu'il reste à évaluer. L'évolution de la relation médecin-patient vers une « manière d'être avec l'autre » plus éthique permet aux femmes de faire des choix éclairés. Il semblerait intéressant d'enrichir la formation des MGs par l'apprentissage de ces techniques de communication, proposé actuellement en formation continue sur volontariat du MG.

3.2.2. S'en tenir au respect de la décision de la mère

A l'inverse, certains MGs de notre étude semblaient désinvestis sur l'argumentaire à utiliser auprès des mères et ne semblaient pas ressentir de besoin de formation. La perception de l'intimité des mères et le respect de la liberté de choix de la femme sans culpabilisation influent sur leur pratique (55). Ils relativisaient l'applicabilité des recommandations aux difficultés perçues par les mères pour concilier l'AM dans leur vie. L'idéal réside dans la possibilité de leur permettre de réaliser un choix éclairé.

4. Le regard de la société

Aux dires de MGs interrogés, la société porte un regard réprobateur sur les mères allaitant longtemps un enfant au sein. Dans notre société actuelle, le sein apparaît principalement comme un objet sexuel. La société semble donc mélanger la sexualité au sens commun et celle exposée dans la théorie psychanalytique. Les femmes se sentent stigmatisées (56). L'AL et le maternage apparaissent parfois comme une déviance dans les représentations de MGs interrogés lorsqu'ils évoquaient des pathologies du lien associées chez l'enfant ou la mère.

4.1. L'allaitement maternel au profit du maternage

Sigmund Freud considère l'AM comme une norme et le maternage comme bénéfique et indispensable au développement psychologique de l'enfant (57). Il décrit que la personne qui s'occupe de l'enfant, généralement la mère, apprend à l'enfant à aimer et prépare ainsi l'adulte de demain. C'est finalement son devoir de le caresser, l'embrasser, le bercer et lui adresser toutes les marques de tendresse qu'elle puise en elle pour en faire ainsi plus tard un être humain accompli. Ce que nous appelons aujourd'hui le maternage, Freud le présente donc comme quelque chose d'indispensable à l'équilibre futur de l'enfant.

4.2. L'allaitement maternel comme expression de la parentalité

Un MG interrogé affirmait que d'autres modèles de société avaient « *compris que la mère avait besoin d'être mère* », favorisant l'AL et la maternité. Certains MGs décrivaient les mères allaitantes comme convaincues, au sens de déterminant. Dans sa thèse de sociologie, Maya-Merida Paltineau évoque le concept de parentalité

identitaire comme une affirmation de soi par son rôle de parent dans la société. L'AM devient une expression de la citoyenneté, choix libre car éclairé (58).

4.3. La traduction de féminismes dans les prises de décisions

Notre étude semblait faire ressortir des MGs sensibles à l'idée de respecter les choix des femmes. Ils déclaraient que chaque femme réalise un choix individuel en prenant ou non la décision d'allaiter. Certains MGs interrogés recentraient ce choix de l'AM autour de la place de la femme dans la société.

Selon les diverses approches féministes, l'AM peut revêtir multiples interprétations. La femme peut décider de s'affranchir de l'aspect naturel pour vivre dans l'égalité des sexes ou avoir accès à la modernité, comme elle peut revendiquer son statut et s'affirmer dans son rôle de mère.

5. La promotion de l'allaitement long

5.1. Le repérage des facteurs associés à l'allaitement prolongé

En décrivant les profils des mères allaitant longtemps, les MGs de notre étude mettaient en exergue les facteurs associés à l'AL. En 2009, une revue de la littérature faisait le point sur ces multiples facteurs associés à un AM prolongé au-delà de 3 mois et identifiait différents niveaux d'action (59) : la dyade mère-enfant, l'entourage, le système de santé et les politiques de santé. Cette étude constatait aussi une association négative sur la durée d'AM des méconnaissances et du manque de soutien des professionnels de santé. Le MG a un rôle à jouer en tant qu'acteur central du suivi des patients dans leur contexte bio-psycho-social. Il doit pouvoir dépister les facteurs de risque de sevrage précoce et être un garant de l'information des mères.

Les MGs de notre étude décrivaient des profils de patientes discordants. Un MG constatait que plus les femmes étaient issues d'un milieu favorisé, plus l'AM était court alors que pour un autre, une femme cadre n'allaiterait pas plus facilement. Leurs ressentis entraînent en contradiction avec les données décrites à travers l'étude de la cohorte ELFE où l'AM était plus long chez les mères cadres, celles en congé parental et celles ayant suivi les séances de préparation à l'accouchement (30). Ces déterminants sociodémographiques de l'AM sont aussi décrits dans l'expertise collective de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) (31).

Chez les femmes désirant allaiter, des facteurs déterminants pour la durée de l'AM ont également été décrits : la perception de la simplicité de l'AM, la planification de la

grossesse, le statut marital et les cours de préparation à la naissance (60). Lorsque les mères avaient connaissance de la durée optimale d'AM exclusif de 6 mois, cela était associé à un AM prolongé. C'est bien ainsi que nos MGs interrogés décrivaient leurs actions : informer et vulgariser l'AM, préparer et rassurer les mères.

Les MGs interrogés décrivaient les mères allaitant longtemps comme étant plus détendues et se posant moins de questions. Ils insistaient sur la nécessité primordiale de les rassurer et leur enlever leurs peurs. Cela rejoint l'observation faite par l'étude transversale de Brown : l'absence d'anxiété maternelle est associée à l'initiation et à la poursuite de l'AM (61). Mais les études de périnatalité sur l'anxiété maternelle retrouvent des résultats contradictoires. En 2014 dans son travail de thèse, le Docteur Manchuel observait que les patientes anxieuses arrêtaient moins leur AM, posant la question d'une anxiété physiologique qui s'inscrirait dans le concept de préoccupation maternelle de Winnicott (62,63).

5.2. La mise en avant du lien mère-enfant

Pour les MGs de notre étude, le principal avantage de l'AL est sa propension à favoriser le lien mère-enfant. Ils évoquaient l'aspect facilitant de l'AM pour l'attachement de l'enfant à la figure maternelle. Cela corrobore les conclusions d'une étude américaine qui met en lien l'AL et la base sécurisante nécessaire à l'enfant pour se détacher et explorer le monde. Cette dernière n'observait pas de phénomène de dépendance accrue à la mère contrairement à ce que certains de nos MGs interrogés déploraient concernant l'aspect fusionnel (64).

La durée de l'AM prédit un attachement sécurisé à 24 mois selon une récente étude américaine quand l'AL augmenterait la sensibilité maternelle (65). La qualité

du lien mère-enfant et l'aspect « insecure » (attachement non sécurisé) ont été mis en cause dans l'augmentation du risque d'obésité dans la récente étude de cohorte américaine d'Anderson et Whitaker (66).

5.3. La participation primordiale du père

Dans leurs discours, les MGs interrogés mettaient l'accent sur la nécessité d'impliquer le père dans l'AM sans admettre y contribuer ni les rencontrer spécifiquement. Le peu de travaux interrogeant les pères ne décrivaient pas d'intervention du MG malgré l'influence connue du père sur les taux et la durée d'AM (67–70). Leur rôle de soutien auprès de la mère était retrouvé dans une étude canadienne qui suggérait que les professionnels de santé devraient d'autant plus s'intéresser à eux (68). La HAS rappelait aussi que l'information prénatale devait s'adresser à eux (9).

5.4. L'exercice pluriprofessionnel unifié

Alors que certains MGs de notre étude n'avaient pas connaissance de réseaux de soutien à l'AM, d'autres pointaient l'importance d'un travail en équipe, évoquant sages-femmes, puéricultrices, services de PMI ou encore associations.

Dans le département du Nord où la présence des associations de soutien à l'AM est conséquente et où l'on compte 7 maternités labellisées IHAB (soit environ 16 700 accouchements par an), il convient d'optimiser le dialogue entre les différents intervenants (71). Pour la poursuite de l'allaitement dans de bonnes conditions, les pratiques et discours doivent être uniformisés en ambulatoire. L'importance du travail d'équipe était déjà pointée dans le rapport du Professeur Turck *et al.* (25).

5.5. Le rôle inévitable des pouvoirs publics

Les MGs interrogés intimaient aux pouvoirs publics de légiférer en faveur de la promotion de l'AL. Face aux freins à l'AM et en particulier à la problématique de la reprise du travail, l'allongement du congé post-natal avec une rémunération en conséquence faciliterait la poursuite de l'AM (8,9,23,30). Les pouvoirs publics devraient s'emparer de cette problématique pour faciliter la banalisation de l'AL et offrir ainsi la possibilité d'un congé aux femmes désireuses de poursuivre ce contact avec leur enfant.

Un projet de directive européenne en faveur de l'égalité hommes-femmes est actuellement en discussion au Parlement Européen (72). Il propose entre autre un congé parental de 4 semaines par parents avec une indemnisation sur la base du congé maladie. Des MGs de notre étude suggéraient que l'allongement du congé maternité représenterait un coût non supportable pour la société, ce qu'avancait le Président de la République Française Emmanuel Macron en refusant ce projet à Bruxelles (73). Par ailleurs des études présentent la promotion de l'AM comme une économie en santé (21). Il serait intéressant de pondérer l'investissement dans le congé parental avec par exemple, le coût du mode de garde en crèche du nourrisson la première année.

En 2010, une proposition de loi avec 20 semaines de congé maternité avait été rejetée en première lecture à l'Assemblée Nationale (74). Plus récemment en 2017, un allongement à 14 jours du congé paternité avait été voté à l'Assemblée Nationale mais les élections ont interrompu le processus législatif. Début 2018, la secrétaire d'Etat à l'Egalité entre les hommes et les femmes, Marlène Schiappa, s'est emparée du sujet du congé paternité. Conjointement, la Ministre de la Santé Agnès Buzyn

reportait à 2019 l'étude de l'ajustement des droits des indépendantes. Des axes de réflexion sont en cours. Peu de changement ont eu lieu ces trente dernières années (75). Notons néanmoins que depuis Novembre 2017, les femmes MGs installées conventionnées peuvent bénéficier d'une rémunération complémentaire, l'Avantage Supplémentaire Maternité leur assurant un *minima* de revenus lors du congé maternité (76).

Les MGs de notre étude déclaraient ne pas toujours être au fait des droits des femmes. Les pouvoirs publics pourraient aussi intervenir en ce sens, en diffusant l'information directement aux femmes en plus des MGs. L'accent pourrait être mis auprès des employeurs car de simples recommandations ne semblent pas suffire.

5.6. L'influence des médias

Les MGs décrivaient une invisibilité de l'AL. Une loi régleme la commercialisation des substituts du lait maternel depuis 1981 (77). Pour aller plus loin, les avantages de l'AL pourraient être mis en lumière par la diffusion d'informations sur le sujet au travers des médias. L'intérêt de santé publique doit primer sur les intérêts commerciaux. Une étude américaine constatait que les articles de Presse mettaient souvent en avant les barrières à l'AM plutôt que les facteurs facilitants (78).

La proposition de campagnes médiatiques de prévention devrait être testée et mise en place par les pouvoirs publics à l'instar des campagnes dans le cadre du PNNS : « Manger 5 fruits et légumes par jours » de Santé Publique France ou plus récemment pour la vaccination ou le Nutriscore®. L'utilisation de supports multiples et diffus, en particulier numériques, télévisuels et radiophoniques, en complément du guide papier existant, semblait être plus adaptée à notre société actuelle.

CONCLUSION

Les discours des MGs de cette étude étaient disparates et leurs connaissances des bénéfices de l'AL incertaines et empreintes de scepticisme. Leurs représentations semblaient peser sur leurs pratiques. Leur enclin à promouvoir l'AL se confrontait à de multiples freins sociétaux. Tous ne se positionnaient donc pas sur le sujet.

Constatant les bénéfices perdurant lorsque l'AM se prolonge, il semble opportun que les MGs puissent promouvoir sa pratique. L'AM et particulièrement l'AL semblaient sujets à de représentations sociétales néfastes pour leurs promotions. Pour développer une philosophie de société encline à le promouvoir, une nouvelle modélisation des mœurs pourrait être réalisée avec la participation des pouvoirs publics. L'allaitement prolongé ne devrait pas être un choix marginal. L'émulation liée à sa généralisation progressive pourrait modifier les mentalités.

L'AM n'est pas seulement un choix individuel dans l'intimité de la dyade mère-enfant, il est aussi un sujet politique, économique, juridique et sociologique. Les initiatives sont diverses et nombreuses, collectives et individuelles pour promouvoir et soutenir sa pratique mais également celle de l'AL. Les messages véhiculés et les démarches entreprises par des acteurs de santé engagés pourraient amener à une prise de conscience collective positive de l'AL.

Les MGs sont un pilier de cette prise en charge de prévention. Ils sont le support d'une information basée sur les sciences. Leurs compétences misent au service du soutien des mères devraient lever leur scepticisme.

Le MG, par son approche centrée sur le patient, entretient une relation unique. Il use de la communication pour mettre en œuvre des stratégies de prévention individuelle et collective ainsi qu'une éducation en santé. Le MG est pivot du changement. Il accède à l'intimité bio-psycho-sociale des patientes, ouvre le champ d'autres possibilités et inclut le père dans ces questionnements. Il peut induire une modification des représentations des mères et permettre une diffusion à leur entourage et dans un cercle vertueux, à la société.

Quel que soit l'intérêt que chacun porte à l'AM, il doit devenir une des préoccupations de tout médecin ayant une jeune femme en désir de grossesse, enceinte ou une mère accompagnée de son nouveau né en consultation.

Une étude pourrait évaluer l'impact de l'entretien motivationnel sur la durée d'AM, au même titre que cela a été fait pour son initiation. Mesurer l'implication du père par les MGs dans les situations d'AM serait également intéressant.

Les efforts des MGs doivent être poursuivis. Des mesures doivent être mises en place pour optimiser leurs actions ; certaines comme la valorisation des actes de prévention ou la législation sur les congés accompagnant la parentalité doivent nécessairement passer par les politiques de santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Comité de nutrition de la Société Française de Pédiatrie, Ministère des solidarités, santé, famille. Allaitement Maternel - Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère [Internet]. 2005. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/allaitement.pdf>
2. Turck D, Vidailhet M, Bocquet A, Bresson J-L, Briend A, Chouraqui J-P, et al. Allaitement maternel: les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Arch Pédiatrie*. 2013;20:S29–S48.
3. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. déc 2015;104(Suppl 467):96-113.
4. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016;387(10017):475–490.
5. Gunderson EP, Lewis CE, Lin Y, Sorel M, Gross M, Sidney S, et al. Lactation Duration and Progression to Diabetes in Women Across the Childbearing Years: The 30-Year CARDIA Study. *JAMA Intern Med*. 1 mars 2018;178(3):328.
6. Stuebe AM. Duration of Lactation and Incidence of Type 2 Diabetes. *JAMA*. 23 nov 2005;294(20):2601.
7. Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis. *PEDIATRICS*. 1 juill 2011;128(1):103-10.
8. Turck D, et al. Programme National Nutrition Santé 2011-2015 [Internet]. 2011. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
9. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Allaitement Maternel - Mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant [Internet]. 2002. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf
10. OMS. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. [Internet]. 2003. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42680/1/9242562211.pdf>
11. Storme L. Présentation du Pr Laurent Storme | 1000 jours pour agir [Internet]. 2015 [cité 6 mars 2017]. Disponible sur: <http://congres-sfp-1000journspouragir.com/webcasts/presentation-du-pr-laurent-storme>

12. Tamashiro KLK, Moran TH. Perinatal environment and its influences on metabolic programming of offspring. *Physiol Behav.* 14 juill 2010;100(5):560-6.
13. Baum M. Role of the kidney in the prenatal and early postnatal programming of hypertension. *Am J Physiol - Ren Physiol.* févr 2010;298(2):F235-47.
14. Garner AS. Home Visiting and the Biology of Toxic Stress: Opportunities to Address Early Childhood Adversity. *PEDIATRICS.* 1 nov 2013;132(Supplement):S65-73.
15. Agosti M, Tandoi F, Morlacchi L, Bossi A. Nutritional and metabolic programming during the first thousand days of life. *Pediatr Med Chir [Internet].* 28 juin 2017 [cité 29 avr 2018];39(2). Disponible sur: <http://www.pediatrmedchir.org/index.php/pmc/article/view/157>
16. Chambers J. The Neurobiology of Attachment: From Infancy to Clinical Outcomes. *Psychodyn Psychiatry.* déc 2017;45(4):542-63.
17. Feldman R. The Neurobiology of Human Attachments. *Trends Cogn Sci.* févr 2017;21(2):80-99.
18. Bernard JY, De Agostini M, Forhan A, Alfaiate T, Bonet M, Champion V, et al. Breastfeeding Duration and Cognitive Development at 2 and 3 Years of Age in the EDEN Mother–Child Cohort. *J Pediatr.* juill 2013;163(1):36-42.e1.
19. Bernard JY, Armand M, Peyre H, Garcia C, Forhan A, De Agostini M, et al. Breastfeeding, Polyunsaturated Fatty Acid Levels in Colostrum and Child Intelligence Quotient at Age 5-6 Years. *J Pediatr.* avr 2017;183:43-50.e3.
20. Mameli C, Mazzantini S, Zuccotti G. Nutrition in the First 1000 Days: The Origin of Childhood Obesity. *Int J Environ Res Public Health.* 23 août 2016;13(9):838.
21. Hansen K. Breastfeeding: a smart investment in people and in economies. *The Lancet.* janv 2016;387(10017):416.
22. Mediaprism, 60 millions de consommateurs. Les français et les produits naturels : opinion, comportements et attitudes. 2013 [cité 6 mars 2017]; Disponible sur : http://www.mediaprismgroup.fr/publications/les_focus_de_mediaprism/Focus12.pdf
23. Salanave B, de launay C, Boudet-Berquier J, Castetbon K. Durée de l'allaitement maternel en France (Épifane 2012-2013). *Bull épidémiol hebd.* 2014;(27):450-7.
24. Martens PJ. What Do Kramer's Baby-Friendly Hospital Initiative PROBIT Studies Tell Us? A Review of a Decade of Research. *J Hum Lact.* août 2012;28(3):335-42.
25. Turck D, Razanamahefa L, Dazelle C, Gelbert N, Gremmo-Féger G, Manela A, et al. Plan d'action : allaitement maternel. *Médecine Nutr.* 2010;46(3-4):25-47.

26. Wimmer M. Le rôle du médecin généraliste dans la durée de l'allaitement maternel : Enquête prospective sur 6 mois. [Internet] [Thèse d'exercice]. Rouen; 2014. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01062963/document>
27. Referentiel_Metier_et_Compétences_MG.pdf [Internet]. [cité 29 mars 2018]. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel_Metier_et_Compétences_MG.pdf
28. Castel P. Le médecin, son patient et ses pairs: Une nouvelle approche de la relation thérapeutique. *Rev Fr Sociol.* 2005;46(3):443.
29. Kaufmann J-C. L'entretien Compréhensif. 2016^e éd. Armand Colin;
30. Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Nicklaus S, Geay B, et al. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. *Bull Épidémiologique Hebd.* 2015;(27):522–532.
31. France, Direction générale de la santé, Institut national de la santé et de la recherche médicale (France), Centre d'expertise collective. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Paris: INSERM, Instituts thématiques; 2014.
32. Wertel RZ. Allaitement maternel : comment les médecins généralistes se positionnent-ils ? Étude qualitative auprès de 17 médecins généralistes de l'Oise. 2015;76.
33. Holtzman O, Usherwood T. Australian general practitioners' knowledge, attitudes and practices towards breastfeeding. *PLoS ONE* [Internet]. 28 févr 2018 [cité 2 avr 2018];13(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5830034/>
34. Svendby HR, Løland BF, Omtvedt M, Holmsen ST, Lagerløv P. Norwegian general practitioners' knowledge and beliefs about breastfeeding, and their self-rated ability as breastfeeding counsellor. *Scand J Prim Health Care.* 18 avr 2016;34(2):122-9.
35. Brodribb W, Fallon A, Jackson C, Hegney D. Breastfeeding and Australian GP Registrars—Their Knowledge and Attitudes. *J Hum Lact.* nov 2008;24(4):422-30.
36. Ingram J. Multiprofessional training for breastfeeding management in primary care in the UK. *Int Breastfeed J.* 28 avr 2006;1:9.
37. Vuylsteker L. Prise en charge des complications maternelles de l'allaitement par les médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais en 2009. [Internet] [Thèse d'exercice]. Lille 2; 2010. Disponible sur: <http://theseimg.fr/1/sites/default/files/Thèse%20Médecine%20Générale%20Laurie%20Vuylsteker.pdf>

38. Dubuissez-Joire A-C. La formation à l'aide d'un quiz d'auto-évaluation améliore-t-elle les connaissances des médecins généralistes sur l'allaitement maternel ? [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/520fd584-e1c0-4d04-ba17-cde019675609>
39. Gosselain Y. Les obstacles à la prévention en médecine générale: les connaître pour les dépasser. *Santé Conjug.* oct 1999;4.
40. INPES. Prévention en médecine générale : quelles places des inégalités sociales et comment les réduire? [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://www.sftg.net/documents%20PDF/RapportINPES11fevr11Ringa.pdf>
41. Comité interministériel pour la Santé. Dossier de Presse Priorité Prévention. 2018.
42. Ministère des affaires sociales et de la santé. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. *Journal officiel de la république française*; 2016.
43. Richou E. L'Entretien Périnatal Précoce - Connaissance et réalisation par les médecins généralistes de Loire-Atlantique. 2014.
44. Noel-Weiss J, Rupp A, Cragg B, Bassett V, Woodend AK. Randomized Controlled Trial to Determine Effects of Prenatal Breastfeeding Workshop on Maternal Breastfeeding Self-Efficacy and Breastfeeding Duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* sept 2006;35(5):616-24.
45. 09-04 Alimentation du nouveau-né et du nourrisson – Académie de Médecine [Internet]. [cité 26 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/09-04-alimentation-du-nouveau-ne-et-du-nourrisson/>
46. Ballieu K. La manière d'aborder le sujet de l'allaitement maternel en ante natal par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. [Thèse d'exercice]. Lille 2; 2014.
47. Meedya S, Fernandez R, Fahy K. Effect of educational and support interventions on long-term breastfeeding rates in primiparous women: a systematic review and meta-analysis. *JBIC Database Syst Rev Implement Rep.* sept 2017;15(9):2307-32.
48. DREES. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse. [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er977.pdf>
49. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Tobacco Addiction Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2 mars 2015 [cité 29 avr 2018]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006936.pub3>
50. Smedslund G, Berg RC, Hammerstrøm KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, et al. Motivational interviewing for substance abuse. 2011;130.

51. Prochaska JO, Velicer WF. The Transtheoretical Change. *Am J Health Promot.* 5 mai 1997;12(1):38-48.
52. Rollnick S, Butler CC, McCambridge J, Kinnersley P, Elwyn G, Resnicow K. Consultations about changing behaviour. *BMJ.* 22 oct 2005;331(7522):961-3.
53. Cognée J. Apport de l'entretien motivationnel dans la promotion de l'allaitement maternel [Thèse d'exercice]. 2016.
54. Phillips R, Copeland L, Grant A, Sanders J, Gobat N, Tedstone S, et al. Development of a novel motivational interviewing (MI) informed peer-support intervention to support mothers to breastfeed for longer. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 11 avr 2018;18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5896150/>
55. Article 6 - Libre choix | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 18 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-6-libre-choix-230>
56. Kendall-Tackett KA, Sugarman M. The Social Consequences of Long-Term Breastfeeding. *J Hum Lact.* 1995;11(3):179-83.
57. Freud S. Trois essais sur la théorie de la sexualité. *Points Essais.* 1905.
58. Paltineau M-M, Castelain-Meunier C, Gojard S, Knibiehler Y, Garcia S, Chalvon-Demersay S, et al. La parentalité identitaire: un nouveau type de famille, de nouvelles manières d'être parent ? 2016.
59. Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *J Pédiatrie Puériculture.* mai 2009;22(3):112-20.
60. Peters E, Wehkamp K-H, Felberbaum RE, Krüger D, Linder R. Breastfeeding duration is determined by only a few factors. *Eur J Public Health.* 1 avr 2006;16(2):162-7.
61. Brown A. Maternal trait personality and breastfeeding duration: the importance of confidence and social support. *J Adv Nurs.* mars 2014;70(3):587-98.
62. Manchuel J. Influence de l'anxiété maternelle sur la durée de l'allaitement : étude prospective avec suivi de cohorte [Internet] [Thèse d'exercice]. Lille 2; 2014. Disponible sur: <http://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/8c9e1042-a261-46a0-9eda-619bb56b03ea>
63. Winnicott DW. La préoccupation maternelle primaire. In: *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Payot. Paris: Petite Bibliothèque Payot; 1975. p. 168-74.
64. Gibbs BG, Forste R, Lybbert E. Breastfeeding, Parenting, and Infant Attachment Behaviors. *Matern Child Health J.* avr 2018;22(4):579-88.
65. Weaver JM, Schofield TJ, Papp LM. Breastfeeding duration predicts greater maternal sensitivity over the next decade. *Dev Psychol.* févr 2018;54(2):220-7.

66. Anderson SE, Whitaker RC. Attachment Security and Obesity in US Preschool-Aged Children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* mars 2011;165(3):235-42.
67. Arnault Pujol H. Le vécu du père pendant l'allaitement [Thèse d'exercice]. 2006.
68. deMontigny F, Gervais C, Larivière-Bastien D, St-Arneault K. The role of fathers during breastfeeding. *Midwifery.* mars 2018;58:6-12.
69. Rempel LA, Rempel JK. The Breastfeeding Team: The Role of Involved Fathers in the Breastfeeding Family. *J Hum Lact.* mai 2011;27(2):115-21.
70. Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major Factors Influencing Breastfeeding Rates: Mother's Perception of Father's Attitude and Milk Supply. *Pediatrics.* 1 nov 2000;106(5):e67-e67.
71. Les établissements labellisés Hôpital Ami des Bébé en France [Internet]. [cité 18 mai 2018]. Disponible sur: <https://amis-des-bebes.fr/etablissements-labelises-ihab.php>
72. Congé parental: mieux appliquer les règles communes | Actualité | European Parliament [Internet]. 2016 [cité 6 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.europarl.europa.eu/news/fr/press-room/20160504IPR25779/conge-parental-mieux-appliquer-les-regles-communes>
73. Congé parental: des syndicats demandent à Macron de soutenir une directive européenne [Internet]. AFP.com. [cité 6 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.afp.com/fr/infos/330/conge-parental-des-syndicats-demandent-macron-de-soutenir-une-directive-europeenne-doc-14h7nw2>
74. N° 1468 - Proposition de loi de Mme Danielle Bousquet relative à la modernisation du congé maternité en faveur de la protection de la santé des femmes et de l'égalité salariale et sur les conditions d'exercice de la parentalité [Internet]. [cité 6 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/propositions/pion1468.asp>
75. Repères chronologiques - Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [cité 6 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et/reperes-chronologiques-65/#>
76. Avis relatif à l'avenant n° 3 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 25 août 2016.
77. Organisation Mondiale de la Santé. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Genève: OMS; 1981.
78. Hitt R, Zhuang J, Anderson J. Media Presentation of Breastfeeding Beliefs in Newspapers. *Health Commun.* 18 août 2017;1-9.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Présentation de l'étude : *Merci de me recevoir. Je réalise un travail de recherche en médecine générale et je souhaite aborder avec vous le thème de l'allaitement LONG en ambulatoire, défini par un allaitement au delà de 6 mois. L'objectif de cet entretien est d'explorer votre vécu, vos ressentis, votre avis et non PAS vos connaissances. L'entretien sera enregistré par le logiciel Audacity® et les données anonymisées. Etes-vous d'accord avec cette démarche et confirmez-vous signer le formulaire d'information et de consentement? A tout moment vous pourrez revenir sur cette décision.*

Question bris de glace : *Tout d'abord une question générale, sur votre expérience :*

- Parlez-moi de vos **mamans allaitantes**? Relance : comment les décririez-vous ?

Questions : du général à la question de recherche :

- En matière d'allaitement, que pensez-vous des **taux et durée de l'allaitement en France**, par rapport aux recommandations de l'OMS ? Relances : SUPPORTS

- Au-delà de 6 mois d'allaitement, comment décririez-vous les **bénéfices santé** attendus chez la maman et l'enfant?

- Que pensez-vous de **la promotion de l'allaitement long** ?

- Selon vous, comment **s'aborde la question de l'allaitement prolongé** ?

Relances : quand, par qui, organisation

- Comment vous sentez-vous face aux **écueils** que vous pouvez rencontrer **dans l'allaitement dans la durée** ? Relance : obstacles

- Comment vous représentez-vous **la place du médecin généraliste** dans le champ de **l'allaitement prolongé** ?

- Quelles sont vos **représentations de l'allaitement long** ?

Relance : comment vous le voyez ?

- Selon vous, quelle place a **l'allaitement long dans la société actuelle** ?

Relance : congé maternité, congé allaitement, droit

- Parlez-moi de **votre vécu de l'accompagnement** d'allaitement maternel chez vos **patientes allaitant plus de 6 mois** ?

Relance : attitude, difficultés rencontrées, influence, promotion, partenariat

A la fin de l'entretien, si non abordés caractéristiques du médecin interrogé :

Parlez-moi de vous :

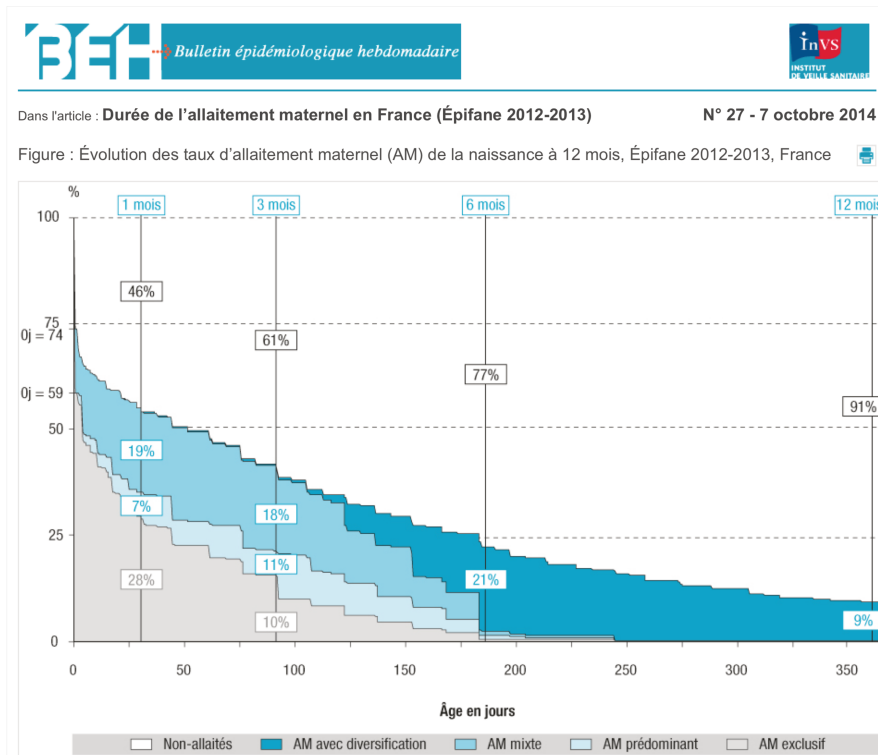
- Sexe, Age, Lieu d'exercice, Année d'installation, autre activité ? Formation initiale et autres formations ?

- Patientèle : activité de gynécologie et pédiatrique (forte/faible/moyenne), proportion d'allaités, durée moyenne d'allaitement selon vous ?

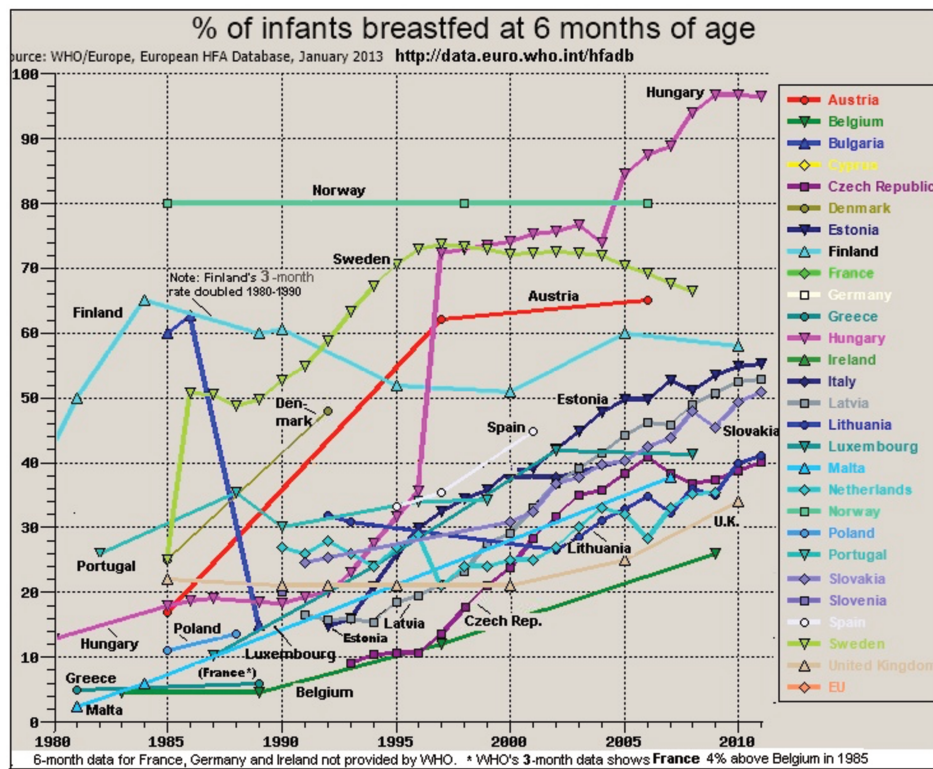
- Consultations : avec ou sans rendez-vous? Temps consacré ? Suivi de grossesse/nourrisson par semaine, par mois, par an ?

- Personnellement : nombre d'enfants ? Allaités ?

Annexe 2 : Graphiques utilisés lors des entretiens



Evolution des taux français d'allaitement maternel de la naissance à 1 an. Epiphane 2012-2013
Salanave et al. Bull épidémiol hebdomadaire. 2014;(27):450-7



Pourcentages d'enfants allaités à l'âge de 6 mois en Europe à partir des données de l'OMS
 Extrait de www.breastfeeding-and-diabetes.info à partir des données de l'OMS <http://data.euro.who.int/hfad>

Annexe 3 : Verbatim et codes

Sur CD-rom ou consultables sur :

<http://mpcloud.synology.me:5000/sharing/lf9h4dhm5>

AUTEUR : Nom : RUYSSSEN

Prénom : Mathilde

Date de Soutenance : 22 juin 2018

Titre de la Thèse : L'allaitement long : Vécu de médecins généralistes du Nord.

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Médecins généralistes – Allaitement long – Représentations – Promotion

Résumé :

Contexte : L'allaitement maternel exclusif est recommandé pendant les six premiers mois de l'enfant puis jusque deux ans et plus en complément de la diversification. Ces « 1000 premiers jours », période cruciale où les comportements agissent sur le développement de l'enfant, sont une fenêtre d'action de prévention. L'initiation de l'allaitement augmente en France mais son maintien dans le temps reste un défi. Cette étude explorait le vécu de l'allaitement long de médecins généralistes, acteurs de premier recours.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels compréhensifs semi-dirigés de dix médecins généralistes du Nord recrutés par échantillonnage raisonné à variation maximale. Entretiens effectués à l'aide d'un guide d'entretien, enregistrés en audio et transcrits intégralement. Analyse par théorisation ancrée à l'aide du logiciel N'Vivo 11©, jusqu'à saturation des données et avec triangulation.

Résultats : Les médecins généralistes percevaient leurs connaissances comme ambiguës et améliorables. Leur formation, leurs expériences personnelles et professionnelles amenaient des projections, des représentations ambivalentes, disparates de ces situations d'allaitement long. Tous mettaient leurs compétences au service du soutien des mères, levant leurs peurs, explorant leurs freins et motivations. Ils respectaient leurs décisions, s'adaptaient et se refusaient d'être intransigeants. L'accompagnement des mères avec bienveillance apparaissait prioritaire dans une approche centrée sur leurs patientes dans leurs environnements bio-psycho-sociaux. Une information claire, précoce, répétée, homogène, multi-supports et coordonnée avec l'entourage et le réseau de soin était primordiale. L'abond de l'allaitement prolongé était confronté à de multiples obstacles sociétaux tels que le travail, la place de la femme, la sexualité et les inégalités d'accès aux congés. La promotion de l'allaitement long leur apparaissait difficile et devrait s'inspirer des modèles sociétaux de pays voisins.

Conclusion : Les médecins généralistes, acteurs de prévention, trouvaient leur place dans la promotion de l'allaitement maternel. Leurs efforts doivent être poursuivis. Des mesures doivent être mises en place pour optimiser leurs actions et elles doivent passer par les politiques de santé.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Dominique TURCK

Asseseurs : Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Madame le Professeur Marie-Laure CHARKALUK

Monsieur le Docteur Marc BAYEN

Directrice de thèse : Madame le Docteur Judith OLLIVON