

Master complémentaire en médecine générale

Année académique 2019-2020

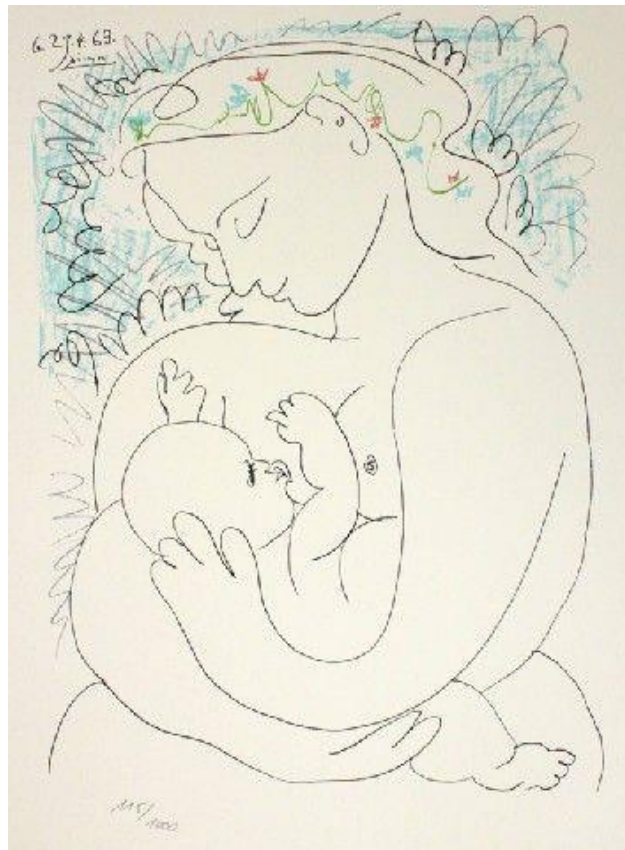
Travail de fin d'études

UCL
Université
catholique
de Louvain



Les représentations des médecins généralistes sur l'allaitement maternel

« Quelles sont les représentations actuelles de l'allaitement maternel chez les médecins généralistes bruxellois ? »



Dr. Sophie DA SILVA DARCHEN

Promoteur : Dr. Aurore Girard

« Vos mères vous ont dit que les phares sont là pour éclairer l'océan ; n'en croyez rien, ils sont là pour dire aux marins où ils sont. » *Éric Tabarly*

Remerciements

Merci à mes patients pour leur confiance et leurs partages qui me permettent de devenir chaque jour meilleure.

Merci à Aurore Girard, Ségolène de Rouffignac et Gaëlle Chapoix pour avoir accepté de me guider, de m'accompagner dans ma réflexion et dans l'élaboration de ce travail.

Merci aux médecins généralistes qui ont pris le temps, m'ont accueillie et ont accepté de participer aux entretiens de cette étude.

Merci à tous mes collègues de la « MMK » pour leur bonne humeur et plus particulièrement à l'équipe médicale pour son soutien au cours de ce travail.

Merci à Agnès pour sa relecture attentive et son aide précieuse dans la mise en forme de celui-ci.

Merci à mes proches pour leur intérêt, leur patience, leur affection et pour leur participation de près ou de loin à ce travail.

Résumé

Introduction : Les bienfaits de l'allaitement maternel tant pour l'enfant que pour la mère sont bien établis et reconnus par le corps médical. Cela en fait un véritable enjeu de santé publique. Mais ce geste simple, universel est en fait le reflet de choix et d'enjeux politique, sociologique, juridique et économique. En Belgique, malgré la mise en place de mesures pour promouvoir l'allaitement, on constate qu'à 6 mois postnatal les chiffres d'allaitement maternel exclusif sont inférieurs à 20% dans la capitale. Parallèlement à cela, depuis quelques années, les discours standardisés de promotion de l'allaitement suscitent une certaine controverse dans la population. Afin de mieux comprendre ce qu'il se trame autour de ce thème il m'a semblé pertinent et nécessaire d'aller explorer les représentations que conjugue l'allaitement chez un grand acteur de la première ligne de soins : le médecin généraliste. L'objectif étant de mieux comprendre la situation actuelle afin d'améliorer l'accompagnement des patientes dans leurs souhaits face à cette pratique.

Méthodologie : Une première recherche dans la littérature a été réalisée pour me fournir une base théorique suffisante sur le sujet. Puis une étude qualitative à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de onze médecins généralistes a été réalisée. Cette dernière a été analysée selon une méthodologie déductive basée sur le cadre théorique préalablement construit.

Discussion : L'étude rapporte un discours tout en nuances sur le sujet. Outre ses bienfaits et son image d'Épinal, l'allaitement maternel soulève de nombreuses problématiques complexes et multidimensionnelles qui, à l'heure actuelle, desservent cette pratique. Citons entre autres, une pression sociale et médicale inadéquate, le manque de dispositions sociales cohérentes avec les recommandations actuelles sur le thème, le manque de considération de l'homme et de son rôle dans cette pratique. Les médecins généralistes se sentent démunis et à une place parfois délicate pour jouer un rôle. Leur manque de formation et l'organisation actuelle des soins de santé sont autant de freins qu'ils déplorent.

Conclusion : Bien que globalement positive, la vision des médecins généralistes au sujet de l'allaitement maternel est malgré tout très nuancée actuellement. Ils dénoncent plusieurs phénomènes sociaux, politiques, juridiques, culturels qui mettent à mal cette pratique. Des changements sont nécessaires afin de permettre aux médecins généralistes d'accompagner justement les couples dans leur choix d'allaitement.

Mots-clés : Allaitement maternel, médecin généraliste, représentation, position

Lexique

AM : Allaitement maternel

CEpiP : Centre d'Epidémiologie Périnatale

CFAM : Comité Fédéral de l'Allaitement Maternel

GLEM : Groupe Local d'Evaluation Médicale

HAS : Haute Autorité de Santé

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébé

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONE : Office de la Naissance et de l'Enfance

RPAD : Retour Précoce A Domicile

SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale

TMS : Travailleur Médico-Social

UNICEF : United Nations International Childrens Fund

WHO : World Health Organization

Table des matières

Remerciements	5
Résumé	6
Lexique	7
I. Introduction.....	10
II. Background.....	11
1. Définitions	11
2. Petit rappel sur l’historique de l’allaitement maternel	11
III. Méthodologie	13
1. Protocole	13
2. Recherche bibliographique	13
3. Population étudiée et mode de recrutement	14
4. Méthode d’entretien.....	14
5. Analyse des entretiens	15
IV. Résultats	15
1. Caractéristiques des médecins interviewés	15
2. Présentation thématique des résultats.....	17
2.1 Représentation générale sur l’allaitement maternel	17
2.1.1 Une vision globalement positive avec un bémol !	17
2.1.2 Des connaissances moyennes	17
2.2 Représentation de la place du médecin généraliste	18
2.2.1 Une patientèle concernée	18
2.2.2 Un vrai rôle	19
2.2.3 Une place parmi les autres	20
2.2.4 Abord du sujet en consultation	20
2.2.5 Les médecins et le père	21
2.2.6 Leur position.....	21
2.2.7 Une partie anatomique gênante ?	22
2.3 Ressenti personnel des médecins généralistes sur l’allaitement maternel	22
2.3.1 Leur position intimement liée à leur expérience personnelle	22
2.3.2 Les idées reçues et les croyances sur le profil des femmes allaitantes.....	23
2.3.3 L’allaitement est un strict libre choix	23
2.3.4 L’allaitement est-il un sujet de polémique ?	24
2.4 Leurs remarques sur le sujet	24
V. Discussion	25

1.	Biais et limitation du travail.....	25
2.	Analyse des résultats.....	26
2.1	Représentations générales.....	27
2.2	Représentations socio-culturelles de l’allaitement.....	28
2.3	Représentation des politiques de santé.....	32
2.3.1	Organisation et continuité des soins défaillantes en postnatal.....	32
2.3.2	Le congé maternité et paternité.....	34
2.4	Représentation du rôle des médecins généralistes dans l’allaitement maternel.....	35
2.5	Les croyances rapportées par les médecins autour de l’allaitement.....	37
VI.	Conclusion.....	39
	BIBLIOGRAPHIE.....	41
	ANNEXES.....	43

I. Introduction

L'allaitement est un choix. C'est le choix d'une femme, c'est le choix d'un couple mais ce choix n'est possible que dans un environnement qui le permet. Cet environnement adéquat c'est la société qui a le pouvoir de le créer ou non. L'histoire de l'allaitement nous montre à quel point ce geste, simple, universel, est en fait le reflet de choix et d'enjeux politique, sociologique, juridique et économique. Ce n'est donc pas qu'un choix individuel !

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande depuis les années 80 un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie, et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans. Il est incontestablement un enjeu majeur de santé publique. La liste de ses bienfaits n'en finit pas de s'allonger et le corps médical ne tarit pas d'éloges sur lui ! Mais depuis plusieurs années des voix s'élèvent pour dénoncer la véhémence des discours pro-allaitement « bien-pensants », standardisés et parfois jugeant qui circulent actuellement.

En Belgique, l'allaitement maternel constitue un défi de santé publique, notamment afin de lutter contre l'obésité. En 2001, les autorités publiques belges ont créé le Comité fédéral de l'allaitement maternel (CFAM). Celui-ci a notamment permis la mise en place de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé en Belgique (IHAB), dont un des principaux objectifs est la promotion de l'allaitement maternel. Une enquête réalisée en 2012 (1) rapporte que 83% des femmes ont allaité de façon exclusive leur enfant après leur accouchement à Bruxelles contre 73% en Wallonie. Si ces chiffres sont satisfaisants il n'en est pas moins décevant de constater que le taux d'allaitement maternel exclusif prolongé à 3 mois a subi une importante chute : 63% à Bruxelles et 41 % en Wallonie. Que se passe-t-il donc après la sortie de nos maternités ?

Lors de discussions avec mes confrères sur ce thème, je me suis aperçue que leurs positions concernant l'allaitement maternel n'étaient pas si claires. Le sujet faisait jaillir en eux un melting-pot de sentiments, résonnant souvent avec leurs expériences personnelles, professionnelles, en relation avec leurs valeurs socioculturelles, historiques, éthiques et philosophiques.

C'est pourquoi, devant un tel enjeu de santé publique, il m'a semblé pertinent et nécessaire d'aller explorer la complexité des représentations que conjugue l'allaitement maternel en chaque soignant.

Ce travail de fin d'études (TFE) aura donc pour objectif premier d'explorer les représentations que les médecins généralistes bruxellois ont de l'allaitement maternel d'une façon générale au moyen d'entretiens semi-dirigés.

L'objectif secondaire serait de mieux comprendre la place qu'ils accordent à l'allaitement maternel dans leur pratique et ainsi, in fine, d'améliorer l'accompagnement des femmes dans leur souhait d'allaitement quel qu'il soit. Afin que celui-ci demeure « patient-centré » et non « médico-centré ».

II. Background

1. Définitions

Le mot *représentation* mentale est ici employé sous cette définition : "Une représentation est un phénomène mental qui correspond à un ensemble plus ou moins conscient, organisé et cohérent, d'éléments cognitifs, affectifs et du domaine des valeurs concernant un objet particulier. On y retrouve des éléments conceptuels, des attitudes, des valeurs, des images mentales, des connotations, des associations, etc. C'est un univers symbolique, culturellement déterminé, où se forment les théories spontanées, les opinions, les préjugés, les décisions d'action, etc." (Garnier et Sauvé, 1999, p. 66).

2. Petit rappel sur l'histoire de l'allaitement maternel

Cette histoire nous est indispensable pour comprendre les problématiques auxquelles font face les femmes d'aujourd'hui. Ce bref rappel historique c'est appuyé sur le travail de Claude-Suzanne Didierjean-Jouveau (2). Je ne parlerai ici que de l'histoire à partir du 20^{ème} siècle.

Le début du 20^{ème} siècle est marqué par la fin des nourrices. Celles-ci sont remplacées par des biberons. Ces biberons jusqu'alors qualifiés « d'infanticides » en raison de leur hygiène déplorable sont substitués par des biberons « sûrs » grâce aux avancées de Pasteur en 1890. Celui-ci va non seulement assainir le contenant : le biberon, mais également le contenu : le lait sera dès lors pasteurisé. Avant ces avancées, l'allaitement maternel était promu par l'Etat simplement pour éviter le décès des bébés qui étaient destinés à devenir des éventuels

soldats. De façon paradoxale, il circulait une image dévalorisée de l'allaitement, assimilé à une activité digne des domestiques.

Ce siècle va être également marqué par l'avènement du discours « scientifique ». Ce discours va régner en maître. Tout doit être réglé, mesuré, pesé et dans cette logique le biberon va trouver une place de choix. On va, par exemple, définir un intervalle fixe entre les tétées que l'on justifie au moyen de discours médicaux et éducatifs. Dans la même lignée, la pesée, voire la double pesée du nourrisson, devait être réalisée plusieurs fois par jour. A cela s'ajoutent diverses règles telles que la séparation à la naissance, la mise en nurserie du nourrisson. Puis, de retour à la maison, la mise de celui-ci dans son berceau et dans sa chambre. Et enfin, la règle d'or : ne pas prendre le bébé lorsqu'il pleure. On comprend aisément que tout cela va à l'encontre de ce qu'implique un allaitement.

Par ailleurs, de nombreuses peurs et croyances quant à la qualité du lait des mères circulaient. On parlait de « lait trouble », « lait contrarié » ou de « lait chaud »... Comme au siècle précédent il y avait peu d'alternatives, les mères persistaient dans leur allaitement faute de mieux. Mais avec l'avènement du lait pasteurisé, on ne prend plus ce « risque ».

Sur le plan économique, alors que le lait maternel est « gratuit », le lait industriel est lui un véritable business ! Les enjeux sont énormes et on comprend aisément la réticence de certains à promouvoir l'allaitement au sein. Rappelons qu'à cette époque les professionnels de santé ainsi que les hôpitaux pouvaient toucher une partie des bénéfices de ce commerce, et ce de façon plus ou moins directe. Tout ceci est à mettre en parallèle avec le développement considérable de l'élevage de vaches laitières et de l'industrie agro-alimentaire.

Les années 70, ne sont pas simples. D'une part, il va émerger une certaine réflexion écologique avec l'éloge d'un « retour à la nature » et, d'autre part, une importante montée du féminisme s'opère. La femme se retrouve entre ce dilemme de maternité et sa désaliénation d'esclave de l'allaitement. Le lait industriel donné via le biberon permettant aux femmes de travailler en se libérant de cette « contrainte ».

Les chiffres de l'allaitement maternel au cours des années 80 et au début des années 90 ne dépassent par la barre des 50% en France. L'OMS et l'UNICEF décident donc de mettre les bouchées doubles en lançant de grandes campagnes de promotion de l'allaitement maternel. Ce n'est que passé 1995 que les chiffres d'allaitement (à la naissance) vont redécoller, pour culminer depuis une dizaine d'années à un chiffre supérieur à 70% que ce soit en France ou en Belgique.

Aujourd'hui, les mères se retrouvent dans une position complexe devant jongler entre activité professionnelle, tâches ménagères et allaitement maternel. Une pression de plus en plus forte s'exerce sur elles.

III. Méthodologie

1. Protocole

Ce travail a été accompli au moyen de deux méthodes de recherche et en trois temps : une première recherche dans la littérature a été réalisée afin d'obtenir une base théorique sur le sujet. Dans un deuxième temps une étude qualitative transversale a été réalisée afin de récolter le ressenti des acteurs de terrain. Cette dernière s'est pratiquée au moyen d'entretiens individuels semi-dirigés de médecins généralistes exerçant en région de Bruxelles-Capitale. Et enfin une seconde recherche dans la littérature axée sur les thèmes émergés dans les résultats a été réalisée.

L'objectif de la méthodologie qualitative utilisée était de faire émerger des similitudes et/ou des différences dans les représentations que l'allaitement maternel suscite chez les médecins généralistes. Ce qui est cohérent avec l'approche qualitative où « le chercheur s'intéresse aux causes et aux logiques qui guident les comportements des individus » (3).

2. Recherche bibliographique

La recherche a été effectuée via les moteurs suivants :

- Pubmed, Tripdatabase, Cochrane en utilisant les termes suivants : « breastfeeding, general practitioner, representation, position »
- Google et Google Scholar : ceux-ci m'ont permis d'enrichir mes recherches notamment en me facilitant l'accès aux thèses réalisées sur le thème chez nos voisins français. En utilisant les mots : allaitement maternel, médecin généraliste, représentation, accompagnement.
- Les sites de recommandations nationaux et internationaux : SSMG, ONE, WHO, HAS, CEPIP, UNICEF, Leche league.

Les bibliographies des articles, livres, ouvrages ont été exploitées afin de venir compléter mes recherches.

3. Population étudiée et mode de recrutement

Les médecins généralistes ont été sélectionnés en partie via les groupes locaux d'évaluations médicales (GLEM) de mes confrères et en partie de façon aléatoire grâce à leur référencement sur le web. Ils ont été contactés par téléphone ou par mail en tentant d'avoir la plus grande diversité au sein du groupe : parité hommes, femmes, nombre d'années d'expérience, type de pratiques, zone géographique (communes).

Les critères d'inclusion principaux : être inscrit au tableau de l'ordre des médecins en tant que médecin généraliste, être installé dans un cabinet avec sa propre patientèle et être dénué d'un mode d'exercice exclusif et particulier.

Lors du contact avec le médecin il lui était proposé un rendez-vous pour un entretien sur le thème des représentations autour de l'allaitement maternel. Cet entretien était proposé à son cabinet et à sa convenance.

Le nombre de médecins généralistes interviewés avait été fixé entre 10 et 15 en fonction du moment de saturation des données concernant l'objectif de mon TFE. Il a été réalisé 11 entretiens individuels entre décembre 2019 et février 2020. Seuls des médecins en zone urbaine ont été interviewés mais j'ai essayé autant que possible de diversifier les communes (Berchem-Sainte-Agathe, Laeken, Jette, Schaerbeek, Bruxelles centre, Woluwe-Saint-Pierre et Uccle).

4. Méthode d'entretien

Afin de réaliser les entretiens semi-dirigés un guide d'entretien a été rédigé avant la phase de recrutement. Il comportait les thèmes et les sous-thèmes à aborder. Il a été relu et ajusté avec l'aide de ma promotrice puis testé auprès d'une amie médecin pour évaluer le rythme et la compréhension des questions. Ce guide est disponible en annexe de ce travail.

Un consentement a été recueilli avant chaque début d'entretien.

5. Analyse des entretiens

Chaque entretien a été enregistré via un dictaphone puis retranscrit manuellement mot à mot sur un fichier Word.

Chaque interview a été anonymisée. Une lettre alphabétique a été attribuée en fonction de l'ordre chronologique dans lequel j'ai réalisé les entretiens. Tout élément susceptible de permettre l'identification du médecin a été masqué.

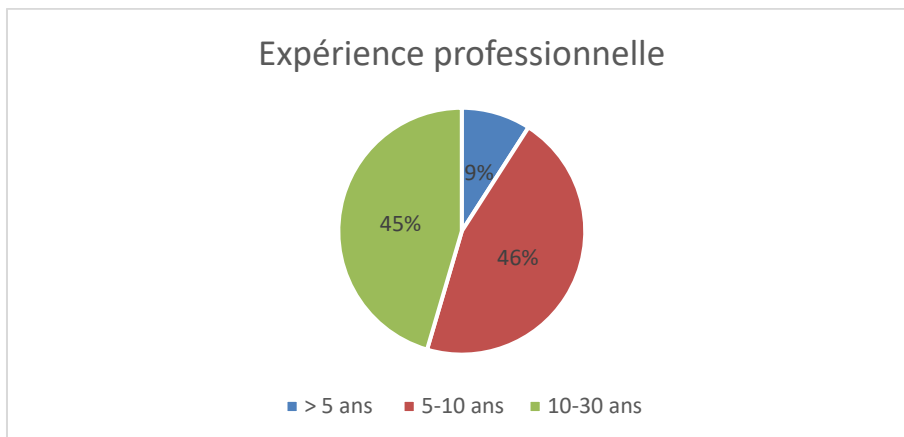
Tout d'abord, une première analyse verticale a été réalisée afin de dégager les thèmes et les idées abordés en fonction de la chronologie de l'entretien. Puis une seconde analyse, transversale en fonction des thèmes abordés a été effectuée. Celle-ci avait pour but de mettre en parallèle des entretiens sur les mêmes questions.

Enfin, les résultats ont été présentés rétrospectivement à plusieurs médecins qui avaient accepté d'être interviewés afin de les valider. Ceux-ci ont jugé qu'ils correspondaient à leur réalité de terrain.

IV. Résultats

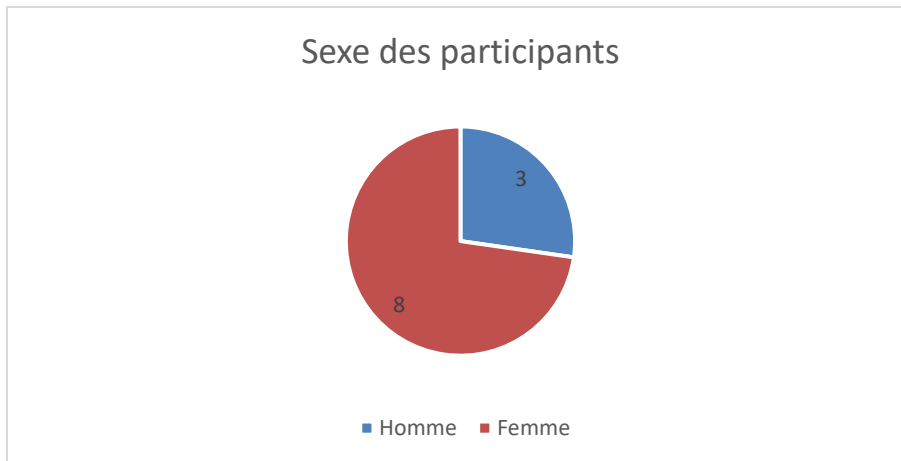
1. Caractéristiques des médecins interviewés

1.1 Expérience professionnelle



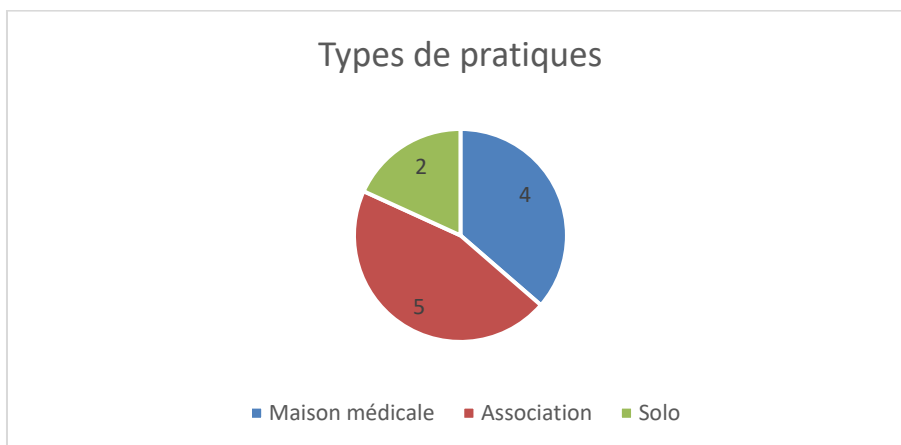
L'expérience professionnelle des médecins interrogés était variée mais ne dépassait toutefois pas les 30 ans.

1.2 Répartition homme/femme



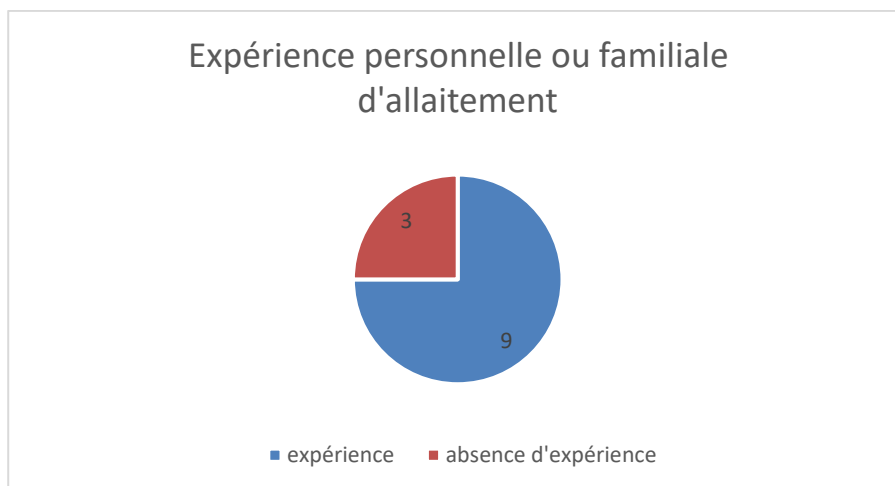
Une majorité de femmes ont participé aux entretiens.

1.3 Types de pratiques



Une bonne variabilité a été obtenue quant aux types de pratiques.

1.4 Expérience personnelle ou familiale d'allaitement



La majorité des médecins avaient une expérience personnelle d'allaitement maternel.

2. Présentation thématique des résultats

Les citations des médecins ont été mises en italique dans le texte. Ce sont les citations littérales de leurs paroles issues des entretiens. Lorsqu'une note est nécessaire à leur compréhension, celle-ci a été ajoutée entre crochets.

2.1 Représentation générale sur l'allaitement maternel

2.1.1 Une vision globalement positive avec un bémol !

L'allaitement évoque majoritairement des émotions positives chez les médecins généralistes. Ceux-ci associent souvent celui-ci à la famille, la santé, au relationnel, à l'amour, à quelque chose d'instinctif et de naturel. Ils citent également l'aspect qualitatif, tant nutritionnel qu'immunologique.

« Ah moi c'est quelque chose de positif ! Oui la joie ! Maintenant ça mériterait d'être pondéré parce que l'allaitement maternel c'est pas nécessairement que du bonheur (...) » MG B

Mais presque la moitié d'entre eux rapportent également les difficultés, la souffrance tant physique que psychologique, la contrainte sociale, la pénibilité, la sous-information de ce qu'est un allaitement.

[L'allaitement c'est] « Une mauvaise représentation de ce que c'est l'allaitement en vrai ! Il y a un peu un côté très Disney dans l'image de l'allaitement et du coup je trouve que les futures mamans ne se rendent pas compte de ce que c'est. De la difficulté que ça peut être tout au début. De la douleur. Parce que la description est toujours la même ! » MG I

2.1.2 Des connaissances moyennes

La majorité des médecins estiment leurs connaissances comme « moyennes ».

Les médecins qui estiment avoir des connaissances relativement bonnes sont globalement ceux ayant une expérience personnelle d'allaitement, ils précisent d'ailleurs spontanément que leur source d'enseignement principale a été leur expérience personnelle.

« C'est bien d'avoir un allaitement difficile parce qu'au final maintenant je peux aider une femme. » MG F

[Avant mon allaitement] « je ne m'y connaissais pas du tout alors que je pensais m'y connaître. » MG F

Et de façon logique, les médecins de sexe masculin ou sans expérience personnelle déclarent avoir des connaissances « très lacunaires » et ce notamment au niveau des connaissances pratiques.

La plupart des médecins évoquent spontanément les compétences de la sage-femme dans ce domaine. Ils se comparent à elle en mettant en avant leur manque de connaissance vis-à-vis de celle-ci.

La consultante en lactation est également évoquée à plusieurs reprises et semble être la « référence » en matière d'allaitement pour les médecins qui en parlent.

« Je ne vais pas me dire experte de l'allaitement non plus, c'est quand même une profession ! »

MG F

Concernant la connaissance des recommandations de l'OMS :

L'immense majorité des médecins connaissent parfaitement les recommandations de l'OMS. Ils n'ont suivi aucune formation supplémentaire, excepté ceux ayant une consultation ONE.

Un des médecins dénonce « l'endoctrinement » universitaire réalisé par le corps académique pour la promotion de l'allaitement et son manque d'humanité.

« A l'université moi j'ai fait mon stage de pédiatrie à X où on nous endoctrinait avec les dix bonnes raisons d'allaiter (...) et on allait voir des femmes pour les endoctriner (...) peu importe ce qu'elles vivaient ou les difficultés qu'elles avaient... Rien à foutre ! On allait leur dire les dix bonnes raisons et si elles n'allaitaient pas, elles avaient droit au chef qui venait. » MG D

2.2 Représentation de la place du médecin généraliste

2.2.1 Une patientèle concernée

Tous les médecins déclarent suivre des femmes enceintes ou allaitantes dans leur pratique quotidienne. Plusieurs médecins font remarquer une « disparition » de la femme enceinte du circuit de première ligne une fois l'annonce de grossesse faite.

[Les femmes enceintes] : « elles sont plutôt suivies par les gynécos et sages-femmes. En fait la plupart du temps la femme enceinte disparaît du circuit du médecin généraliste et est happée

par les gynécologues (...) Et donc quand elle est enceinte, après les 3 mois en général, elle disparaît pendant 1 an à peu près. (...) En post-partum elles réapparaissent, souvent au moment où elles reprennent le travail. » MG G.

Deux médecins font d'ailleurs remarquer que leur manque de connaissances sur l'allaitement est aussi lié indirectement à cette « disparition » de la femme enceinte.

2.2.2 Un vrai rôle

Tous les médecins sont d'accord pour dire qu'ils ont un rôle à jouer.

« Oui bien sûr ! Dans la mesure où le rôle du médecin c'est la santé et que l'allaitement contribue à la santé. » MG E

Quasiment la totalité d'entre eux estiment que leur rôle est d'informer, promouvoir, accompagner, soutenir, référer si besoin. La plupart sont sollicités par les patientes dans le cadre de problèmes d'ordre pathologique (mastite, abcès...) ou pour le sevrage. Un médecin souligne trouver son rôle dans la prévention et dépistage des violences conjugales.

Plusieurs d'entre eux évoquent être le soignant vers qui se tournent les patientes faute d'autres professionnels.

A l'unanimité, les médecins déclarent réaliser un important travail de déculpabilisation des patientes lorsqu'il y a un échec ou une incapacité d'allaitement.

« On met une pression aux femmes par rapport à ça qui est une pression énorme où les bonnes mères donnent du lait maternel et les mauvaises mères du lait en poudre. » MG J

« Il y a un consensus, la femme elle doit allaiter ! Il n'y a pas le choix ! Elle doit enfanter dans la douleur et elle doit allaiter jusqu'à 6 mois ! » MG D

« Je ne pense pas qu'il y ait débat. Je pense qu'il y a une obligation, on leur laisse peu de liberté, si elles ne le font pas, elles sont jugées et considérées comme des mauvaises mères ! » MG D

Une minorité de médecins abordent le thème spontanément. Et quelques médecins avouent n'être jamais interpellés à propos de ce thème mais déclarent que lorsqu'ils abordent le sujet les mères sont « très preneuses » et révèlent souvent leurs difficultés.

« (...) poser la question de l'allaitement : « comment ça se passe ? » Parce que les médecins généralistes vont souvent examiner le bébé et dire à la maman : « oh vous l'allaitiez, très bien ! » mais ne vont même pas poser la question « et comment ça se passe ? Vous n'avez pas mal ? » Enfin juste aller un tout petit peu au-delà quoi... » MG F

2.2.3 Une place parmi les autres

Les médecins sont partagés sur la place qu'ils peuvent occuper pour jouer un véritable rôle dans l'allaitement maternel. La moitié d'entre eux pensent ne pas être à une bonne place ou tout du moins ne pas être les « personnes privilégiées » dans l'organisation des soins actuelle. L'autre moitié s'estime à une place relativement bonne pour jouer un rôle. Un médecin souligne qu'il trouve sa place dans le dépistage et la prévention :

« Moi mon rôle ça va être typiquement de dépister tout ce qui est tabac, alcool, cannabis parfois même faire un sevrage (...), violence conjugale. La violence, c'est le moment où il y en a le plus, pendant la grossesse (...) et ça c'est quand même une femme sur quatre au cours de sa vie qui vit ça ! Il peut y avoir des choses qui vont ressurgir lors de la grossesse ou de l'accouchement ou du postnatal. (...) Si l'agresseur a tripoté les seins allaiter ça va être horrible. Maintenant voir des sages-femmes qui viennent, qui déshabillent les patientes, qui triturent leurs seins sans demander la permission... Après on s'étonne qu'il y ait des femmes qui font de la dépression du post-partum ! » MG D

Quelques médecins relèvent l'apparition d'un « nouvel » acteur dans les soins de première ligne : la sage-femme.

« Les femmes parlent plus maintenant des sages-femmes, rôle qui n'était pas aussi présent quand j'étais jeune étudiant et tout jeune médecin. Visiblement il y a quelque chose qui change mais je n'en sais pas plus... » MG B

2.2.4 Abord du sujet en consultation

Plusieurs médecins évoquent déjà le thème en fin de grossesse chez leurs patientes pour initier une réflexion et ouvrir la discussion sur ce sujet.

Afin d'aborder le sujet la plupart des médecins posent simplement la question de l'alimentation choisie pour le nourrisson.

Un des médecins avoue ne pas aborder le thème spontanément, ce sont plutôt les patientes qui arrivent avec ce thème, souvent pour le sevrage et à deux moments : soit à la reprise du travail ou quand l'allaitement devient trop envahissant dans la vie de la femme.

2.2.5 Les médecins et le père

La majorité des médecins ne parlent pas de la place du père ni du soutien de l'entourage. Quelques médecins n'en parlent que si des difficultés apparaissent pour la mère.

Un des médecins en parle beaucoup, notamment dans le cadre du dépistage des violences conjugales.

Un autre évoque accueillir la solitude de certaines femmes et familles pendant cette période postnatale. Une détresse qu'il met en lien avec l'absence de ressources de ces parents et une mauvaise organisation sociale.

« J'ai des mamans et des familles qui sont en détresse parce qu'ils ne dorment pas assez (...) ils viennent : « on n'en peut plus » (...) C'est l'épuisement lié à un enfant qui pleure la nuit, qui accapare beaucoup de ressources » MG B

« Les femmes immigrées bien souvent n'ont pas leur famille en Belgique donc pas d'aide du tout. Donc il y a vraiment un épuisement physique, psychologique et elles se sentent vraiment abandonnées. » MG B

« Le système belge n'est pas très bien adapté à la gestion du « après la grossesse ». Il n'y a pas que l'allaitement en fait. Le congé d'allaitement est trop court et ce congé d'allaitement, on ne devrait pas devoir le solliciter, on devrait l'avoir, il devrait être prévu. Et le terme de congé est inapproprié parce que dites à une maman qu'elle est en congé de maternité elle vous assassine du regard ! » MG B

2.2.6 Leur position

La grande majorité des médecins se définissent comme « pro-allaitement » mais quasi autant nuancent leur position en insistant sur le respect de la décision maternelle. Les pressions subies par les mères pour l'allaitement sont également à nouveau abordées et le travail de déculpabilisation des mères aussi, tous deux allant de pair.

Quelques médecins se disent relativement « neutres ».

« C'est pas à un homme, c'est pas à un médecin, c'est pas à un soignant de donner la direction à la patiente, c'est à la patiente de voir ce qu'elle veut faire. » MG D

« Avant j'étais très pro-allaitement, une femme qui n'allaitait pas, au fond de moi (...) je me disais mais c'est nul quoi ! Et en fait maintenant que je me rends compte à quel point l'allaitement est difficile et à quel point c'est pas du tout le truc de certaines mamans... » MGF

2.2.7 Une partie anatomique gênante ?

L'ensemble des médecins femmes est parfaitement à l'aise. La majorité des médecins de sexe masculin le sont moins.

« Y a toujours une espèce de clivage quand c'est de la gynécologie quand t'es un homme (...) Je suis moins à l'aise qu'avec les oreilles par exemple ! » MG E

2.3 Ressenti personnel des médecins généralistes sur l'allaitement maternel

2.3.1 Leur position intimement liée à leur expérience personnelle

La quasi-totalité des médecins interrogés se disent personnellement pour l'allaitement.

Plusieurs médecins évoquent, non sans une certaine colère, le décalage entre les recommandations de l'OMS : 6 mois d'allaitement maternel exclusif et la durée prévue par la loi (maximum 15 semaines) du congé maternité. Deux d'entre eux ressentent un regret dans leur expérience personnelle : ils auraient souhaité s'impliquer davantage dans l'allaitement de leur conjointe ou dans le leur.

Un des médecins de sexe masculin dénonce la durée du congé paternel et le manque d'opportunité laissée au père pour s'investir dans ce moment familial important.

Plusieurs médecins abordent spontanément le fait que les maternités labellisées Ami des Bébés (IHAB) exercent une forte pression sur les mères afin de promouvoir l'allaitement.

« Elles ont mis du temps à avoir leur label, elles essaient de le maintenir, je comprends c'est beau d'allaiter, c'est bien de donner aux gens des explications mais on ne force pas les gens à allaiter (...) » MG H

« J'étais dans un hôpital Ami des Bébés qui était sur le point de devoir remettre son certificat pour être renouvelé Ami des Bébés pour l'année suivante. Donc j'étais vraiment la petite croix à mettre dans la bonne colonne ! Avec des discours très culpabilisants » « Ils voulaient qu'il reste hospitalisé 3 semaines de plus pour être sûrs qu'il sorte bien avec la petite croix à côté d'Allaitement exclusif et pas Allaitement mixte. » MG I

La pression du corps médical pro-allaitement sur les mères est à nouveau évoquée par plusieurs médecins. Deux des médecins vont jusqu'à employer le mot « maltraitance » des soignants. Dans la même idée, deux médecins évoquent également l'absence de demande de consentement.

« (...) j'étais quand même fort sceptique par rapport à tout ce discours : hôpital Ami des Bébé, ou c'était ami des bébés mais ennemi des mamans... Moi j'ai vu des femmes pleurer et j'étais choqué de voir la maltraitance des soignants parce qu'on vient avec des idéaux. C'est un petit peu comme si on obligeait les gens à faire du sport et qu'on leur donne des décharges électriques s'ils ne font pas du sport. Honnêtement c'est bien s'il fait du sport, c'est bien s'il ne fume pas, mais on fait en fonction des patients, pas en fonction de nos croyances ou de nos connaissances même si tout le monde devrait faire du sport, ne pas fumer, boire le moins possible d'alcool, être le plus possible végétarien... Les gens vivent leur vie et on les accompagne sans imposer nos idées. » MG D

Un des médecins pro-allaitement avoue avoir référé une femme qui souhaitait interrompre son allaitement, ne se sentant pas à l'aise avec cela.

2.3.2 Les idées reçues et les croyances sur le profil des femmes allaitantes

On note une grande disparité parmi les médecins : La majorité pensent que les femmes issues d'un milieu socio-professionnel aisé et plus précisément les « écolo-bobo-bio » sont plus enclines à allaiter. Ils déclarent que la tendance est à l'allaitement, c'est dans l'air du temps : [Une collègue kinésithérapeute a rapporté à l'un des médecins] : *« moi quand j'ai commencé à bosser, les femmes ne voulaient pas allaiter en disant : « et on n'est pas des vaches laitières! » Et maintenant les femmes disent : « je ne vais pas lui donner du lait en poudre, ce n'est pas un veau mon gamin ! » » MG D*

Environ un tiers des médecins pensent que les populations immigrées ou issues d'un milieu précarisé allaitent davantage.

Deux médecins pensent qu'il n'existe pas de profil de femmes allaitantes.

2.3.3 L'allaitement est un strict libre choix

A l'unanimité les médecins déclarent que le choix du mode d'alimentation du nourrisson est le strict libre choix de la mère.

Deux d'entre eux évoquent que pour pouvoir réaliser ce choix, il faut réunir les conditions permettant ce libre choix, ce qui commencerait par un congé maternité et paternité adéquat.

Un des médecins souligne la pénibilité des mères à devoir se justifier devant chaque soignant sur leur choix de ne pas allaiter ou de ne pas pouvoir allaiter.

Deux autres rapportent la culpabilisation des mères qui n'allaitent pas notamment vis-à-vis des répercussions possibles sur la santé de leur enfant.

« (...) on leur dit vous n'allaites pas votre fils, il va être malade tout le temps, ce sera de votre faute hein ! » MG H

Un autre dénonce d'une façon plus générale les pressions exercées par la société sur la femme.

« Dire à une femme qu'elle doit absolument allaiter et dire qu'elle doit être une super épouse, super efficace dans son travail, rentable, je pense qu'on peut ne pas mettre autant de pression sur une femme ! Enfin sur n'importe quel individu ! » MG J

2.3.4 L'allaitement est-il un sujet de polémique ?

La plupart des médecins ne se représentent pas l'allaitement comme un sujet « sensible ». Toutefois la grande majorité rapportent malgré tous des aberrations à ce sujet telles que la pression exercée sur les mères.

« Moi je trouve qu'il y a un peu un mépris un peu trash (...) de la part de la population en général qui ne comprend pas toujours pourquoi une femme n'allait pas. » MG K

Trois médecins rapportent la maltraitance des soignants vis-à-vis des mères mais l'un d'eux évoque aussi la maltraitance des mères vis-à-vis de leur nourrisson.

« Il y a certaines femmes qui allaitent par obligation sociale (...) elles ne prennent tellement pas de plaisir voire du déplaisir. J'ai l'impression qu'elles subissent et qu'elles deviennent limite maltraitantes envers le bébé (...) » MG G

« J'ai entendu que les sages-femmes exerçaient une pression très véhémente à l'égard des femmes qui n'allaitent pas. Et j'ai entendu des femmes qui ne voulaient pas allaiter et elles étaient presque maltraitées par les sages-femmes (...) » MG E

2.4 Leurs remarques sur le sujet

Plusieurs médecins déplorent le manque de formation des médecins généralistes.

« Il faudrait mieux former les médecins (...) Dans nos cours, on ne nous en parle pas du tout ! (...) Parce que c'est contreproductif de nous dire qu'il faut absolument que les femmes allaitent, que c'est bon pour elles, pour bébé et après de ne pas du tout nous donner les clés pour les aider (...) » MG F

V. Discussion

1. Biais et limitation du travail

Tout d'abord concernant l'échantillon de médecins généralistes. Bien que l'objectif ne fût pas de construire un échantillon représentatif mais bien d'obtenir une certaine hétérogénéité en son sein, on peut noter certaines limites. Pour commencer, un probable biais de recrutement : les médecins ayant accepté l'interview sont peut-être les plus concernés ou motivés par la thématique.

Ensuite, ce travail a été restreint à 11 médecins faute de temps supplémentaire et compte tenu du contexte pandémique exceptionnel. Les réponses des médecins généralistes interviewés ne sont donc pas extrapolables à toute la profession. Bien qu'une attention particulière ait été portée pour recueillir le témoignage de médecins issus de différentes communes de Bruxelles, ce travail a néanmoins été uniquement réalisé en zone urbaine. Ceci peut donc également créer un biais.

Malgré ces faits, précisons que les derniers entretiens réalisés n'apportaient que peu de nouveaux éléments ce qui laisse à penser que nous étions proches d'une saturation des données.

Par ailleurs, il faut noter que je n'ai pas obtenu d'interview avec des médecins ayant plus de 30 années d'expérience professionnelle. Le recul qu'apporte ce type de profil n'a donc pas pu être entendu. On retiendra également une importante disparité dans la répartition hommes/femmes avec une majorité de femmes. Ceci étant en partie attribuable à la féminisation de la profession. Concernant le type de pratique, on peut noter que la médecine solo est sous-représentée par rapport aux deux autres types de pratique. Cela étant probablement en partie le reflet d'une tendance au regroupement des professionnels de santé.

Enfin je tiens à mentionner le probable biais lié à mon manque d'expérience en qualité d'intervieweuse. J'ai moi-même conduit les entretiens réalisés pour ce travail à des fins de facilité pratique. Ce qui a pu mener à des questions de relances trop fermées ou non optimales.

Néanmoins je pense avoir choisi la méthode la plus adaptée pour explorer les représentations des médecins. Ceux-ci ont ainsi pu se livrer parfois de façon très personnelle sur le sujet, ce qui est une des forces de ce travail. Les résultats des entretiens sont d'une qualité satisfaisante.

Concernant la revue de littérature, celle-ci est très riche sur le thème. Toutefois elle est pauvre lorsqu'on cible les représentations que l'allaitement conjugue chez le soignant. Cela peut être également une des limites de ce travail.

2. Analyse des résultats

Pour rappel, l'intérêt de ce travail a émergé suite à deux constats. Le premier était le décalage entre l'importante promotion à l'allaitement réalisée par les politiques de santé actuellement et la chute libre des chiffres d'allaitement à 3 mois après la naissance. Le second émanait d'une discordance dans les discours parmi mes confrères médecins lorsque l'on évoquait ce sujet. Le but était donc d'aller explorer largement la trame des représentations des médecins généralistes sur ce thème.

Représentations générales	Représentations socio-culturelles	Représentation des politiques de santé	Représentation du rôle des MG dans l'allaitement maternel	Les croyances des MG autour de l'allaitement maternel
<ul style="list-style-type: none"> • MG* séduits mais critiques • Positives: avantages nutritifs, immunologiques, relationnels • Négatives: douleurs, contraintes, manque d'information objective, pression pro-allaitante 	<ul style="list-style-type: none"> • Pression pro-allaitante médicale (sage-femme, IHAB) Pression pro-allaitante sociale (familiale, père, sociétale) MG = importance du travail de déculpabilisation • Impact des phénomènes migratoires (perte de transmission, soutien), féminisme, individualisme, "culture masculine" • Hommes dépossédés de la question de l'AM**: influence de taille sur l'AM. Les pères en manque d'information, de soutien, d'implication. Vulnérabilité psychologique des pères et des couples en période périnatale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Période postnatale peu organisée: Offre de soins globalement insuffisante, non coordonnée, non intégrée, morcelée. Compétence et place privilégiée des MG non exploités. • Insuffisance du congé maternité et paternité: incohérence face aux recommandations et aux besoins réels des parents 	<ul style="list-style-type: none"> • Rôle information: information objective et en adéquation avec la réalité de l'AM • Rôle accompagnement (rejoindre plutôt que convaincre) et soutien • Place de "dernier rempart" pour les patientes • Nécessité d'une formation pratique sur l'allaitement et son approche 	<ul style="list-style-type: none"> • Profil de femmes allaitantes: immigrées (Maghreb, "bobo-bio-écolo, faible revenu économique") • Norme sociale: allaitement "trop" long déroutant, allaitement en public gênant

Figure 1. Tableau récapitulatif des principaux résultats

*MG : Médecin Généraliste **AM : Allaitement Maternel

2.1 Représentations générales

Les résultats de l'étude montrent que les médecins ont une vision globalement positive de l'allaitement. De façon spontanée les médecins associent celui-ci à ses nombreux avantages nutritifs, immunologiques et relationnels. Ce dernier a été le bénéfice le plus cité par les médecins.

Un des médecins a cité comme bénéfice de l'allaitement maternel qu'il permettrait la supériorité du quotient intellectuel des enfants par rapport à la moyenne. Les études scientifiques ne valident pas cet argument. Celui-ci étant en réalité un raccourci grossier entre des hypothèses non validées et leurs potentielles répercussions à long terme sur l'enfant. Les médecins n'ont pas mentionné de différence entre les bienfaits validés et ceux probables. Or il est important de faire la distinction afin de pondérer ce type d'affirmation. Bien que l'on retrouve un nombre incalculable d'études sur les bienfaits de l'allaitement, seules quelques

études fournissent un niveau de preuve suffisant pour rendre leurs résultats valides. Ainsi, les études récentes (4, 5) et avec un niveau de preuve suffisant montrent que l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois apporte un bénéfice net sur la prévention des gastroentérites, des infections ORL et respiratoires pour l'enfant. D'autres bénéfices sont très probables mais dépendent de l'exclusivité et de la durée de l'allaitement. D'autres encore sont totalement controversées. Cette foisonnante littérature s'explique par des difficultés d'ordre éthique comme le souligne le professeur Turck (2019), gastro-pédiatre : « Pour établir un lien de cause à effet entre le lait maternel et des bénéfices pour la santé de l'enfant, il faudrait attribuer au hasard à un groupe de nourrissons l'un ou l'autre de ces modes d'alimentation, ce qui est évidemment impossible pour des raisons éthiques. »

Les médecins n'ont toutefois pas « débordé » sur les avantages du lait maternel et aucun d'entre eux n'a, par exemple, cité les avantages de l'allaitement pour la mère.

A fortiori et de façon quelque peu surprenante, près de la moitié des médecins ont une connotation nuancée voire totalement négative de l'allaitement. Ils ont souligné d'importants aspects négatifs tels que la douleur, la contrainte ou la fatigue. Ils déplorent le manque d'information des mères sur ce que représente réellement un allaitement. Les mères ne seraient pas assez préparées face aux difficultés qu'elles pourraient rencontrer. Les médecins dénoncent également presque à l'unanimité les pressions actuelles que subissent les femmes dans leurs choix d'allaitement. Ces derniers points seront abordés ultérieurement.

2.2 Représentations socio-culturelles de l'allaitement

L'étude a principalement rapporté deux phénomènes socio-culturels importants. De façon quelque peu surprenante ceux-ci mettent à mal cette pratique actuellement.

Le premier concerne **la pression pro-allaitante** ambiante.

Au sein du corps soignant, l'allaitement est le mode d'alimentation idéal. De nombreuses études scientifiques fournissent en effet certaines preuves valides quant aux bienfaits tant pour l'enfant que pour la mère apportés par l'allaitement maternel. Le corps médical tend donc à vouloir uniformiser cette pratique à l'ensemble de la population en dépit de la singularité et de l'histoire de chaque femme. Ingrid Bayot, sage-femme et experte en

périnatalité, met en garde : « notre sonnette d'alarme intérieure doit résonner quand notre intention de défendre une bonne cause (*une cause que nous jugeons bonne*) prime sur l'attention à l'autre. » (6) La bienveillance et le respect envers les mères semblent en effet parfois piétinés au nom de la défense de cette bonne cause : la promotion de l'allaitement.

La grande majorité des médecins interviewés sont d'accord pour dire qu'à l'heure actuelle, outre la prise en charge des pathologies organiques inhérentes à l'allaitement (telles que crevasse, mastite...), l'accompagnement qu'ils réalisent réside principalement dans le soutien psychologique de la mère à des fins de déculpabilisation de celle-ci en cas d'échec, d'incapacité ou de choix ne pas allaiter.

Cette pression serait exercée principalement par certaines sages-femmes, souvent mentionnées comme les professionnelles de référence sur ce thème. Plusieurs médecins ont témoigné dans les entretiens de leurs expériences personnelles ou professionnelles illustrant cette réalité. Il est déconcertant de constater que des soignants deviennent maltraitants au nom d'idéaux.

Pour autant il paraît essentiel de continuer à tout mettre en œuvre pour offrir le maximum de chances aux femmes de mener à bien un allaitement épanoui si tel est leur souhait.

C'est un des objectifs qui a motivé l'initiative Hôpital Amis des Bébé (IHAB) dont la mission originelle est « d'assurer à chaque bébé et à sa mère le meilleur capital de santé et de bien-être possible, dès la naissance. » Un formidable projet ! Un des médecins interviewés souhaitait que toutes les maternités du pays deviennent labellisées afin que toutes les femmes bénéficient des mêmes chances. Bien qu'une étude suisse (7) a en effet montré que la proportion d'allaitement maternel exclusif des nourrissons de cinq mois nés dans un hôpital HAB était significativement supérieure comparée aux bébés nés ailleurs. Une autre étude belge réalisée en 2012 (1) montre qu'il n'y aucune différence significative entre les hôpitaux HAB et les autres sur la prévalence d'allaitement exclusif. Le bilan est donc nuancé.

Par ailleurs, quatre autres médecins dénonçaient la pression extrêmement forte exercée dans ces maternités pour que la femme allaite son bébé et ce de façon exclusive. L'expression « hôpitaux amis des bébés mais ennemis des mamans ! » a d'ailleurs été prononcée plusieurs fois au cours des entretiens. La cause est juste mais la forme semble être devenue inadéquate dans certains de ces hôpitaux. Il serait aisé mais injuste de rendre seuls responsables les soignants de cette dérive. C'est en réalité aussi le sommet de l'iceberg d'un système de santé

imparfait. Il pourrait être intéressant d'aller explorer les difficultés de ces hôpitaux et de remettre leurs objectifs initiaux au service de toutes les mères et de leur bébé.

Mais cette pression n'émane pas que du corps médical, elle est aussi familiale et sociale. L'influence familiale est non négligeable et notamment celle du père. Stéphanie Torre (8), psychanalyste, rappelle que chaque femme est traversée de façon consciente ou inconsciente par sa culture familiale, par les discours qu'elle a entendus des femmes de sa lignée, par ce qu'elle sait de sa propre venue au monde. Ce qui rend l'équation complexe. D'autant plus que l'allaitement maternel est caractérisé par des fantasmes inconscients très puissants. Ils peuvent se traduire par de fortes inhibitions ou réveiller de grandes peurs telles que la peur d'être dévorée, de commettre un inceste ou de contaminer son bébé.

Enfin le père exerce à lui seul une influence non négligeable. Ceci sera abordée ultérieurement.

Au niveau social, la mère qui n'allait pas est souvent invitée à se justifier sur son choix. Mais l'allaitement n'est pas un choix naïf, il est complexe et multidimensionnel. L'étude (9) met en perspective les facteurs sociodémographiques et culturels liés à la mère influençant son choix d'allaitement et sa durée. Ainsi les femmes jeunes, isolées, avec un statut socioéconomique faible et celles récemment immigrées allaitent moins et moins longtemps. En effet, les phénomènes migratoires, impliquant la séparation des familles et des communautés, induisent la perte de transmission des connaissances, du savoir-faire, le soutien des pairs, l'aide extérieure qui lui était apportée. Ainsi les mères se retrouvent souvent dans une relative solitude face à une pratique qu'elles n'ont ni vue, ni vécue. Par ailleurs la montée des valeurs telles que l'individualisme et le féminisme complique encore un peu plus le rapport des femmes à l'allaitement. Geert Hofstede, psychologue et chercheur anthropologue néerlandais, a exploré l'organisation des cultures et ses conséquences. Il décrit notre société comme étant tournée vers une « culture masculine » où les valeurs premières sont la performance, l'argent, le profit, l'activité professionnelle au détriment de la famille, les informations factuelles au détriment des informations émotionnelles. Il est aisé de comprendre que toutes ces valeurs vont à l'encontre de ce qu'implique un allaitement.

Il semble donc un peu simpliste et injuste de réduire le choix d'allaiter au seul bon vouloir de la femme.

Second phénomène rapporté par les médecins : **des hommes dépossédés de la question de l'allaitement maternel.**

Plusieurs études (10, 11, 12) soulignent que l'allaitement peut faire naître un sentiment d'exclusion chez le père, sentiment d'autant plus important que l'allaitement dure dans le temps. Paradoxalement, une multitude d'études (9, 10, 11, 13) dont une réalisée en Belgique francophone (14) montre que « l'attitude du père est de loin le prédicteur le plus fortement associé à la mise au sein ». Or un quart d'entre eux ne sont pas favorables à l'allaitement ! Il n'est pas aisé pour le père de trouver sa place, il reste encore souvent « laissé de côté » que ce soit pendant la grossesse où la femme fait l'objet de toutes les attentions ou après la naissance où il se retrouve face au duo fusionnel mère-enfant. C'est un constat également culturel : jusqu'à récemment, la société ne valorisait que peu l'homme dans son rôle de père. La majorité des médecins interviewés confessent ne pas se soucier de celui-ci. Quatre de ceux-ci confient se préoccuper de la place du père uniquement si la femme éprouve des difficultés, mais pourquoi attendre les difficultés pour l'impliquer ? L'étude de Giugliani (15) montre que de façon générale les pères ont des connaissances insuffisantes au sujet de l'allaitement maternel mais que lorsque ceux-ci sont informés par les professionnels de la santé ils sont significativement plus enclins à soutenir leur partenaire dans cette pratique.

Sous un autre angle, l'arrivée d'un enfant provoque un véritable bouleversement psycho-émotionnel tant pour la mère que le père. La santé psychologique des futurs ou jeunes parents peut s'avérer très précaire. Pendant la grossesse et les douze mois suivant la naissance, la dépression maternelle a une prévalence globale estimée entre 6,5% et 12,9%. Et de 1 à 5,6% pour les dépressions estimées graves. (16)

D'autres études (17, 18) publiées en 2010 rapportent que 2,2 à 11% des femmes enceintes subissent des violences au sein du couple. Dans 40% des cas la violence conjugale débute durant la grossesse. Et au cours de celle-ci, il y a quatre fois plus de violences dites « extrêmement graves ». Il y a donc un important travail de prévention et d'accompagnement psychologique à réaliser auprès des couples. Un des derniers rapports du KCE (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé) met d'ailleurs l'accent sur la nécessité du dépistage précoce des vulnérabilités psycho-sociales afin de permettre une prise en charge optimale le plus tôt possible par les professionnels de la santé. Un des médecins interviewés confiait d'ailleurs trouver tout son rôle dans le dépistage de ces violences auprès des femmes enceintes de sa patientèle.

Le lien de confiance privilégié qui unit le médecin généraliste à ses patients lui confère en effet une place de choix pour réaliser cette prise en charge. Il semble important de créer un espace

où l'homme peut exprimer librement ses propres doutes, angoisses, interrogations. Dans une moindre mesure il en va de même pour la femme : l'important suivi médical dont elle fait l'objet pendant sa grossesse n'est pas le garant d'un accompagnement psychologique suffisant.

Enfin, le médecin généraliste de sexe masculin peut éprouver des difficultés sur le thème. Comme mentionné dans les résultats, celles-ci sont en partie liées à leur inexpérience. Conséquence probable d'un enseignement pratique lacunaire ou de l'absence d'expérience personnelle. Une étude (9) montre que les médecins de sexe masculin seraient davantage enclins à mettre un allaitement en péril par non-respect des recommandations. Une autre difficulté peut résider dans la pudeur de la patiente allaitante face à un médecin « homme » ou réciproquement du manque de confort de celui-ci sur ce thème. Une formation davantage axée sur l'expérience pratique peut donc se révéler intéressante et permettre une approche « moins anxieuse » du médecin.

2.3 Représentation des politiques de santé

2.3.1 Organisation et continuité des soins défailtantes en postnatal

L'ensemble des médecins interviewés affirment avoir un rôle jouer dans l'allaitement. Mais la moitié d'entre eux se sentent à une mauvaise place ou du moins à une place non privilégiée pour jouer ce rôle. Le rapport KCE 2019 (19) rapporte plusieurs lacunes dans l'organisation du suivi de grossesse actuelle : un manque de coordination, des suivis peu intégrés et non globaux ainsi qu'une période postnatale désorganisée et non anticipée. En effet, l'organisation actuelle est telle que l'immense majorité des femmes est référée vers le gynécologue à l'annonce d'une grossesse. Et ce, peu importe son niveau de risque. Cette organisation est le résultat d'une importante médicalisation de la grossesse au cours des dernières décennies, avec toutes les avancées salvatrices que l'on connaît mais également avec ses dérives. La « surmédicalisation » d'un processus physiologique peut être considérée comme l'une d'elles. La première ligne, dont font partie le médecin généraliste et la sage-femme, est en effet compétente pour assurer le suivi partagé d'une grossesse à bas risque. Le KCE (19) confirme d'ailleurs que des études scientifiques montrent un niveau de sécurité équivalent pour les suivis de grossesse à bas risque selon qu'ils soient pris en charge par l'obstétricien, le médecin

généraliste ou la sage-femme. Or actuellement ces derniers assurent une très faible proportion des suivis de grossesse.

Le médecin généraliste, avec son rôle de coordinateur de soins, est d'ailleurs à une place de choix. Le lien privilégié de confiance l'unissant à ses patients ainsi que ses connaissances directes du contexte psycho-médico-social antérieur en font un acteur privilégié. Il est également souvent bien plus disponible et accessible pour les patientes.

Exploiter justement les compétences de la première ligne c'est également restituer au spécialiste sa place dans son domaine d'expertise c'est-à-dire dans la pathologie. Une telle réorganisation permettrait probablement de limiter certaines dérives du système actuel. Le KCE rapporte en effet dans son guide de recommandation de 2015 que les tests de laboratoire, les tests de dépistage sont prescrits de façon excessive, engendrant des conséquences regrettables telles que les surdiagnostics, les surtraitements avec les coûts inutiles et la charge anxiogène pour les parents que cela implique.

Par ailleurs l'organisation actuelle n'est pas optimale pour la gestion de la période postnatale. Cette période, souvent peu prise en considération par les professionnels, est en réalité un temps de grands bouleversements pour la femme et le couple. Il est nommé depuis peu « le quatrième trimestre de la grossesse » tant il est intense en terme de remaniement physique : processus de « dégestation » mais aussi par l'attention extrême que le bébé réclame de sa mère : processus de maternage intensif. A cela s'ajoutent la modification de la dynamique familiale et la charge psycho-émotionnelle induite par la naissance. C'est donc loin d'être un long fleuve tranquille pour la femme et malheureusement c'est souvent un moment de discontinuité dans les soins. D'autant plus avec les dernières décisions politiques telles que la réduction du temps de séjour des femmes en maternité après la naissance (RPAD).

Après la fin des visites à domicile de la sage-femme c'est souvent l'ONE, les médecins spécialistes (pédiatre, gynécologue) ou dans une moindre mesure le médecin généraliste, qui vont assurer le suivi. Le relais entre les sages-femmes et les travailleurs médico-sociaux (TMS) de l'ONE est parfois difficile. Le rapport de recherche publié en 2017 (20) par l'ONE qualifie les relations entre les TMS et les sages-femmes : « des interactions fréquentes mais souvent asynchrones et des compétences professionnelles connexes, ces deux corps professionnels oscillent entre la confrontation, la concurrence ou la collaboration. »

D'autre part, selon le rapport ONE 2017, 43% des parents y ont inscrit leurs enfants pour le suivi entre 0 et 6 ans, cet organisme ne convient pas à tous pour des raisons multiples. De même que les spécialistes (pédiatres et gynécologues) ne sont pas toujours disponibles ou accessibles. Le médecin généraliste pourrait alors devenir un acteur important et ce, d'autant plus si le « fil » n'a pas été coupé par la disparition de la patiente vers la deuxième ligne en début de grossesse.

Dans son dernier rapport, le KCE (19) propose de « structurer le suivi de la grossesse par un « parcours de soins prénatals » tissé autour de chaque femme enceinte et adapté à ses besoins spécifiques. »

On peut dès lors imaginer que le médecin généraliste trouve une place importante dans l'accompagnement, le soutien de la femme et des familles pendant cette période. Son rôle ne se limite donc pas à accueillir, respecter et accompagner la femme dans son choix d'allaitement ou non, il va bien au-delà.

D'autre part, un point indispensable pour favoriser une prise en charge intégrée et globale est l'amélioration d'outils de communication informatisés entre les différents professionnels. C'est en cours de développement actuellement.

2.3.2 Le congé maternité et paternité

Plusieurs médecins interviewés dénoncent, non sans une certaine colère ou frustration, le manque de cohérence de la part des politiques concernant les congés octroyés aux jeunes parents. La réglementation belge prévoit en effet pour la femme un total d'environ 15 semaines de congés à répartir avant et après la naissance. Pour l'homme, 10 jours sont prévus. Ce temps imparti semble déconnecté de la réalité des besoins des jeunes parents. Et particulièrement pour le congé paternité, comme en témoigne un des médecins avec colère : « Cette histoire de congé parental pour les hommes, de mon temps on n'avait quasiment que dalle c'est simple ! Ça s'est un peu amélioré mais ça reste que dalle et je trouve que c'est un vrai scandale parce qu'en fait demander à des hommes (...) d'aller travailler, de passer des nuits épouvantables et d'encore participer... Enfin ce système est pourri ! Il faut faire quelque chose ! Là, c'est pas possible ! C'est un scandale ! ».

La réglementation actuelle est également incohérente par rapport aux recommandations de l'OMS pour l'allaitement. Toutefois, deux aménagements ont été prévus pour la femme. Celle-

ci peut solliciter un congé d'allaitement ou elle peut bénéficier de pauses d'allaitement pendant son temps de travail. Tout d'abord, selon le secteur d'activité il n'est pas toujours possible d'obtenir ces aménagements. De plus le congé d'allaitement représente un maximum de cinq mois depuis le jour de la naissance et sans aucune indemnité. La pause d'allaitement représente concrètement une ou deux pauses de 30 minutes sur le lieu de travail pour extraire le lait dans un environnement souvent peu adapté. On doit noter les efforts réalisés par les législateurs mais nous restons malgré tout en deçà des recommandations de l'OMS et des besoins réels des jeunes parents.

Ces congés insuffisants représentent un réel frein à la poursuite d'un allaitement maternel exclusif. L'ONE a identifié grâce à son enquête en 2012 (14) que les deux principaux moments où la femme met un terme à son allaitement sont le retour au domicile (après la maternité) et la reprise de l'activité professionnelle. Différentes études viennent confirmer ce facteur (21, 22). Ce qui coïncide avec les déclarations de plusieurs médecins : le sevrage lié à la reprise du travail est en effet un des moments où les patientes « réapparaissent » et les sollicitent. Ce sevrage redouté et « forcé » représente souvent un véritable déchirement pour les mères. D'autant plus qu'il survient à un moment où les difficultés des premières semaines ont souvent été surmontées pour laisser place à un allaitement plus serein et épanoui.

Il est donc absurde de faire la promotion de l'allaitement sans adopter des mesures permettant aux femmes d'assumer celui-ci. Promouvoir l'allaitement passe aussi par l'adoption de lois sociales qui permettent d'appliquer les recommandations de santé publique.

2.4 Représentation du rôle des médecins généralistes dans l'allaitement maternel

La majorité des médecins semblent un peu bouder le thème de l'allaitement maternel en consultation. Ils pensent peu à poser la question spontanément. Ils mettent ce constat en lien avec le fait que le thème est rarement un motif de consultation pour la patiente. Malgré cela, ils rapportent voir régulièrement des mères en détresse pendant cette période postnatale. Une détresse englobant des difficultés multiples dont l'allaitement peut faire partie.

A l'unanimité les médecins déclarent avoir un rôle d'**information**, d'accompagnement et de soutien. En effet, une des principales missions du généraliste est la prévention et celle-ci passe avant tout par l'information éclairée, adaptée et objective du patient. L'étude de Noirhomme-

Renard (9) révèle que le manque de temps investi dans les consultations préventives dédiées à l'allaitement maternel est un frein très important à la promotion de celui-ci. Par ailleurs, la littérature (9, 23) montre que les femmes ayant connaissance des bienfaits et des recommandations de l'OMS sur la durée d'allaitement maternel exclusif allaitent plus souvent et plus longtemps. Notons que pour informer de façon efficace et adaptée il est important de savoir qu'une femme est influencée de façon prédominante par le groupe social auquel elle appartient. La sociologue Séverine Gojard (24) décrit deux modèles d'allaitement différents : le modèle populaire où l'allaitement est une affaire de famille et le modèle savant où l'allaitement est une affaire médicale. « Les discours de promotion de l'allaitement maternel correspondent le plus souvent à un modèle savant d'allaitement. Ils sont voués à l'échec auprès de femmes qui ne relèvent pas de ce modèle. »

D'autre part, plusieurs médecins interviewés regrettaient la fausse image véhiculée au sujet de l'allaitement. Une image « édulcorée » où l'allaitement serait inné, facile et source de joie de chaque instant. La confrontation à la réalité pour certaines mères est extrêmement déstabilisante. Les douleurs, le rythme veille-sommeil du bébé, l'impression du manque de lait, la fatigue engendrée, toutes ces difficultés peuvent la faire douter de ses compétences maternelles et décourager l'allaitement. Informer et donner les bons outils le plus tôt possible aide les parents à relativiser les difficultés le moment venu et leur permet de rebondir positivement.

Après le rôle d'information vient celui d'accompagner. Ingrid Bayot souligne très justement que : « accompagner c'est être présent et bienveillant, c'est rejoindre l'autre, plutôt que de convaincre, ce qui nécessite une véritable « reprogrammation » des professionnels, formés pour intervenir, pour dire et pour agir... ».

Concernant leur place, comme déjà mentionné précédemment les médecins ne se sentent pas à une place privilégiée par rapport aux autres professionnels du secteur. Toutefois plusieurs d'entre eux confient se sentir être le « dernier rempart » pour les patientes quand les autres professionnels sont indisponibles ou lorsqu'elles n'obtiennent pas l'aide souhaitée auprès d'eux. Pour la majorité des généralistes interviewés, les sages-femmes et a fortiori les consultantes en lactation sont les professionnelles de référence sur le thème. Ils aiment référer vers ces dernières mais déplorent leur nombre insuffisant et leur manque de

disponibilité. La qualité de la communication entre les professionnels du secteur n'a pas été évoquée.

A propos de la formation, aucun médecin n'a réalisé de formation spécifique sur le thème hormis les médecins travaillant à l'ONE désireux d'en suivre une. Ceux ayant une expérience personnelle avouent avoir été réellement « formés » via son intermédiaire. Plus la formation a été longue et difficile et plus complète elle est. La majorité d'entre eux déclarent avoir des connaissances moyennes et basiques, purement théoriques pour les médecins sans expérience. Autant ils se sentent à l'aise dans la prise en charge des pathologies de l'allaitement maternel (mastite, abcès...) autant ils semblent plus démunis face à l'accompagnement pratique. Or l'expérience pratique est fondamentale dans ce domaine. Le MG F confie : « C'est bien d'avoir un allaitement difficile parce qu'au final maintenant je peux aider une femme ». La littérature (9) met en lumière les lacunes des médecins, leurs méconnaissances fréquentes des recommandations les poussant à délivrer des conseils inadéquats ou obsolètes. La nécessité de revoir la place dédiée au thème de l'allaitement dans le cursus initial médical a été soulevée plusieurs fois et semble en effet de première importance.

2.5 Les croyances rapportées par les médecins autour de l'allaitement

Tout d'abord liées au profil de femmes qui allaitent : selon certains médecins les femmes immigrées, d'origine arabe notamment du Maghreb, allaiteraient plus que la moyenne. Ceci serait lié à leur conviction religieuse, à leur culture ainsi qu'à leur mode de vie. De même, les femmes d'un milieu socio-économique favorisé avec un niveau d'études important, allaiteraient davantage. Ces dernières étaient souvent qualifiées de « bio-écolo-bobo » donc associées à un système de valeurs.

Concernant le pays d'origine de la mère, l'étude (1) ne montre pas de différence dans la prévalence d'allaitement maternel exclusif à la naissance entre les mères de nationalité belge et les mères de nationalité étrangère. Toutefois l'étude (9) montre que le fait d'être récemment immigrées est un frein pour la durée de l'allaitement maternel. Concernant le niveau d'études, la sociologue Séverine Gojard rapporte que les femmes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur allaitent plus que la moyenne, celles avec le moins de diplôme

allaitent autant que la moyenne tandis que celles avec un niveau de diplôme intermédiaire allaitent moins. Par ailleurs, la culture exerce elle aussi sa part d'influence. Les cultures musulmanes et juives considèrent en effet l'allaitement comme un « devoir sacré » pour la femme. Et les textes religieux auxquels ils se réfèrent établissent les durées d'allaitement recommandées. Notons pour l'anecdote que dans les pays occidentaux à forte prévalence catholique on allaite de façon moindre que les protestants (25). Enfin, on ne peut que constater que l'allaitement maternel s'inscrit également dans une dimension écologique. Ce mouvement de « retour à la nature » présent depuis les années 70 semble prendre de l'ampleur actuellement. Les bouleversements climatiques et ses répercussions environnementales réveillent les consciences. Ainsi notre mode de vie (et notamment notre consommation) est questionné. Le lait maternel ne nécessite pas d'élevage intensif de bovins, d'emballages polluants, de transport ni d'énergie pour le préparer. Il est une ressource naturelle, gratuite et accessible. Le lait maternel est donc « écologique ».

Autre préjugé rapporté « Les femmes avec un faible revenu allaitent plus ». La revue de littérature (9) donnerait tort à cette hypothèse et montrerait à l'inverse que les femmes favorisées sur le plan socio-économique sont plus enclines à allaiter.

Des préjugés sur la « norme » sociale : plusieurs médecins ont évoqué être mal à l'aise lorsque l'allaitement se prolonge « trop ». Pour rappel, selon les recommandations de l'OMS « (...) l'allaitement maternel peut être poursuivi jusqu'à l'âge de 2 ans ou même davantage, selon les souhaits de la mère (...) ». Sous un autre angle, un médecin a dénoncé aussi au cours d'une interview, le manque de bienveillance de certaines personnes pour qui allaiter dans un espace public serait déplacé. Ce constat est navrant lorsque l'on sait la pression qui pèse sur les femmes pour qu'elles allaitent. Et d'autant plus absurde que voir une femme dénudée pour une publicité dans notre société est de l'ordre du banal. Notre culture inscrit le sein essentiellement dans une dimension érotique. Cette image est continuellement relayée par les médias et elle contribue à nourrir l'imaginaire collectif du sein comme un symbole de féminité et de séduction et non comme un organe de maternage nutritif. Cette image nuit à l'allaitement maternel comme le mentionne une étude (9), par la gêne qu'il occasionne à la femme d'allaiter en public.

Il y a de nombreuses autres croyances populaires sur le thème mais elles n'ont pas été rapportées. Il est important de prendre conscience du fait que nous dépendons tous d'un

carcan sociétal dont il faut tenter de s'émanciper lorsque celui-ci nous amène à négliger notre empathie et notre bienveillance envers soi-même ou envers autrui.

VI. Conclusion

Les médecins généralistes sont globalement séduits par l'allaitement maternel et convaincus des bénéfices qu'il apporte en tout point pour la mère et l'enfant. Mais au-delà de cette image d'Épinal on découvre non seulement la complexité des représentations que conjugue ce thème mais également ses zones d'ombres qui semblent prendre de plus en plus de place. Les médecins généralistes dénoncent la pression croissante et véhémente qui est infligée aux mères, par le corps médical mais plus largement aussi par la société et qualifiée comme étant contre-productive et abusive. Ils sont unanimes pour rappeler que l'allaitement maternel reste un strict libre choix pour les parents. Ils déplorent le manque de cohérence de certaines lois sociales avec la politique de santé, notamment au sujet de l'insuffisance des congés parentaux accordés en période postnatale. Ils mettent en lumière un manque de continuité fluide des soins dans cette même période, pour le moins sensible pour de jeunes parents. La place de l'homme et notamment du père est également questionnée. Souvent grand laissé pour compte, il n'en est pas moins un acteur d'influence de premier plan. Enfin cette étude attire l'attention sur la place de choix qu'occupe le médecin de famille. Ses compétences et son lien privilégié avec les familles lui permettent une approche globale et intégrée. Ce qui correspond en partie aux lacunes de la prise en charge de la période périnatale actuellement. On peut donc imaginer pour la première ligne une place plus importante dans ce domaine à l'avenir.

L'allaitement maternel est représentatif de multiples choix et enjeux politique, sociologique, juridique et économique. Il dépasse donc la sphère individuelle. Or, on parle souvent de celui-ci comme si ce n'était qu'un choix. Le choix d'une femme en fonction de son désir d'allaiter ou non. En Belgique, la plupart des femmes désirent allaiter (26) mais à 6 mois postnatal les chiffres d'allaitement maternel exclusif à Bruxelles sont inférieurs à 20% (27). C'est le résultat d'une politique de santé et d'une organisation sociale incohérente et insuffisante pour le soutien et l'accompagnement d'un allaitement maternel pourtant tant prôné. Afin que les

mères puissent avoir le choix, il est nécessaire d'offrir toutes les conditions qui le permettent et de s'assurer que celui-ci soit le fruit d'un cheminement personnel serein dans lequel le médecin trouve toute sa place pour l'accompagner. Accueillir, écouter, respecter et accompagner la patiente. Ne pas l'emmener vers ce que nous jugeons, pensons ou croyons être idéal pour elle est probablement l'un des messages les plus importants de cette étude.

Bien que loin d'être exhaustif ce travail a permis de faire émerger certaines problématiques qui nécessiteraient d'être investiguées. Les enjeux du quatrième trimestre de la grossesse sont encore inconnus pour bon nombre de professionnels de la santé. Or les besoins psychosocio-médico-sociaux des jeunes parents pendant cette période sont importants. Les explorer permettrait de pouvoir adapter l'offre de soins de façon optimale.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Robert E, Coppieters Y, Swennen B, Dramaix M. **Facteurs associés à l'allaitement maternel à la maternité en Région bruxelloise.** Rev Med Brux 2015, 36 : 69-74.
- (2) Didierjean-Jouveau C. **Histoire de l'allaitement, histoires d'allaitement.** Allaiter aujourd'hui 2003, n° 54. En ligne. <https://www.lllfrance.org/1139-54-histoire-de-lallaitement-histoires-dallaitement>
- (3) Frappé P. **Initiation à la recherche.** Paris ; Edition Global Média Santé et CNGE productions, 2018
- (4) Rigourd V., Aubry S., Tasseau A, Gobalakichenane P, Kieffer F, Assaf Z, Nicloux M, Magny JF. **Allaitement maternel : bénéfiques pour la santé de l'enfant et de sa mère.** Journal de Pédiatrie et de Puériculture, 2013 : 26 ; 100-102
- (5) Kramer MS, Kakuma R, **Optimal duration of exclusive breastfeeding.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2012. Issue 8. Art.No.: CD003517.
Doi:10.1002/14651858.CD003517.pub2
- (6) Bayot I. **Entre sens et cultures : l'allaitement maternel.** Brest, Journée Nationale de l'Allaitement, mai 2006.
- (7) Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. **Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level?** Pediatrics. 2005 ; 116 :702-708; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2005-053716>
- (8) Torre S. (2017, 13 août). **L'allaitement est-il ce qu'il y a de meilleur pour la mère et l'enfant ?** [Emission de radio] France Inter. France.
- (9) Noirhomme-Renard F. et al. **Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature.** Journal de Pédiatrie et de Puériculture. 2009. Volume 22, Issue 3. Pages 112-120.
- (10) Rempel LA, Rempel JK. **Partner influence on health behaviour decision-making : increasing breastfeeding duration.** J Soc Pers Relationship. 2004. 21(1) : 92-111.
- (11) Brown, A., & Davies, R. **Fathers' experiences of supporting breastfeeding: challenges for breastfeeding promotion and education.** Maternal & child nutrition. 2009. 10(4), 510–526. <https://doi.org/10.1111/mcn.12129>
- (12) Pontes CM, Osório MM and Alexandrino AC. **Building a place for the father as an ally for breast feeding.** Midwifery. 2009. 25, 195– 202.
- (13) Guillaumon A, Trombert-Paviot B, Vallée J, et al. **Initiation of breastfeeding and early weaning: a prospective study of the health perinatal network Loire-Nord Ardèche.** Gynecol Obstet Fertil. 2013. 41(6):351-5. doi: 10.1016/j.gyobfe.2012.09.026. Epub 2013 Feb 21.

- (14) Robert E, Coppieters Y, Swennen B, Dramaix M. **Facteurs associés de l'allaitement maternel à la maternité : données rétrospectives issues d'une enquête de couverture vaccinale.** Rev. Méd. Périnat. 2015. 7:46-54. doi : 10.1007/s12611-015-0315-y
- (15) Giugliani ER, Bronner Y, Caiaffa WT, et al. **Are fathers prepared to encourage their partners to breast feed? A study about fathers' knowledge of breast feeding.** Acta Paediatr. 1994. 83:1127-31
- (16) Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. **Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence.** *Obstet Gynecol.* 2005. 106:1071-83.
- (17) Roelens K, et al. **Disclosure and health-seeking behaviour following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium: A survey surveillance study.** Eur. J. Obstet. Gynecol 2007. doi:10.1016/j.ejogrb.2007.04.013
- (18) Salmona M. **Qu'est ce que la violence conjugale ? Spécificité pendant la grossesse: données épistémologiques, cliniques et thérapeutiques.** France. Colloque violences conjugales : de la grossesse à la maternité. Novembre 2010.
- (19) Benahmed N, Lefèvre M, Christiaens W, Devos C, Stordeur S, Health. **Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque.** Brussels : Health services research (KCE) ; 2019
- (20) Maulet N, Bouvy AF, Bazier G, **Travail en réseau et offre intégrée des services périnataux.** Direction Recherche et Développement, (ONE). 2017
- (21) Delecluse E. **L'allaitement maternel lors de la reprise d'une activité professionnelle : comprendre les enjeux entre les différents acteurs (à Tournai/en Hainaut occidental en 2019).** Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain. 2019
- (22) Jane A. Scott, Colin W. Binns, Wendy H. Oddy and Kathleen I. Graham. **Predictors of Breastfeeding Duration: Evidence From a Cohort Study.** Pediatrics. 2006, 117 (4) e646-e655; doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1991>
- (23) Robert E, Coppieters Y, Swennen B, Dramaix M. **Breastfeeding Duration: A Survival Analysis, Data from a Regional Immunization Survey.** BioMed Res Int. 2014;2014:e529790.
- (24) Gojard S. **L'allaitement, une norme sociale.** Spirale. 2003 ; 3 (27) : 133-137. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-spirale-2003-3-page-133.htm>
- (25) Bernard JY, Cohen E, Kramer MS. **Breast feeding initiation rate across Western countries: does religion matter? An ecological study.** BMJ Glob Health. 2016.1(4):e000151.
- (26) SPF, **Mythes et vérités sur l'allaitement.** Mis à jour 14/03/2016. Consultable via <https://www.health.belgium.be/de/node/25509>
- (27) Lebacqz T. **Allaitement maternel exclusif.** Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. Bruxelles. 2015

ANNEXES

Ce guide d'entretien était structuré en plusieurs phases :

- Une introduction pour initier un lien entre le médecin généraliste et l'enquêteur. Celui-ci était composé d'un temps de présentation personnel puis du thème et de la question d'étude. Le cadre était donné (temps imparti, anonymat, liberté d'expression) et le déroulement brièvement énoncé.

1) Thème de l'allaitement maternel en général : 1.1) Qu'évoque l'allaitement maternel en vous ? (Émotion, image, pensée, idée..) 1.2) Si vous deviez associer un mot au thème « allaitement maternel » quel serait-il ? 1.3) Lorsque je vous parle d'allaitement maternel quelle émotion ou sentiment ressentez-vous ? Savez-vous pourquoi ?

2) Connaissance sur l'allaitement maternel : 2.1) Comment estimez-vous vos connaissances sur le sujet ? 2.2) Connaissez-vous les recommandations sur le sujet ? 2.3) Avez-vous bénéficié d'une formation sur ce thème ?

3) Pratique quotidienne de médecin généraliste : 3.1) Avez-vous déjà des femmes enceintes ou allaitantes dans votre pratique ? 3.2) Si oui évoquez-vous spontanément le thème de l'allaitement maternel ? 3.3) Pensez-vous avoir un rôle en tant que MG dans l'AM ? Si oui lequel ? Si non pourquoi ? 3.4) Vous sentez-vous à une bonne place par rapport aux autres intervenants (confrères, ONE, famille..) pour jouer un véritable rôle dans l'AM ? 3.5) Comment abordez-vous la question de l'allaitement en général (maternel, mixte, artificiel) ? 3.6) Evoquez-vous spontanément le thème de l'allaitement maternel ? 3.7) Y a-t-il un moment particulier où vous l'abordez (préconceptionnel, grossesse, post partum..) ? 3.8) Sinon pourquoi n'en parlez-vous pas (oubli, manque de temps, pas à l'aise avec sujet..) ? 3.9) *Allez-vous davantage en parler lors d'une consultation dédiée à l'enfant ou à la femme ?* 3.10) Discutez-vous du soutien de l'entourage dans l'AM et notamment du père ? 3.11) Quelle position adoptez-vous face à l'AM auprès de vos patientes ? 3.12) Vous qualifieriez-vous de promoteur, neutre (= accompagnateur), sceptique ? 3.13) Etes-vous à l'aise avec cette partie anatomique du corps de la femme en tant que médecin ?

4) Vision personnelle : 4.1) Comment vous positionnez-vous personnellement sur le sujet ? 4.2) Avez-vous une expérience personnelle de l'AM ? 4.3) Si oui laquelle ? 4.4) Celle-ci affecte-t-elle la façon dont vous en parlez dans votre pratique ? (y a-t-il eu un avant et un après ?) 4.5) Pensez-vous qu'il y ait un profil de femmes allaitantes ? 4.6) Selon vous l'allaitement c'est

avant tout : Un devoir pour la femme ? un droit pour l'enfant ? un strict libre choix ? la nouvelle tendance ? 4.7) L'allaitement maternel : est-ce un sujet débat pour vous ? Ressentez-vous des tensions sur ce thème ?

5) Remarques libres : quelque chose à ajouter sur le sujet ?

6) Recueil des données socio-professionnelles : sexe, âge, ancienneté, type de pratique (groupe, solo), zone urbaine, rurale, semi-rurale, nombre d'enfants, expérience personnelle d'allaitement ?

Voici le guide tel qu'il m'accompagnait lors des entretiens ainsi que le texte introductif énoncé tel quel en préambule :

Bonjour Docteur,

Merci d'avoir accepté cet entretien. Je suis étudiante en médecine et je réalise un travail de fin d'études sur les représentations que les médecins généralistes ont de l'allaitement maternel comme je vous l'ai probablement dit lors de notre premier contact. Autrement dit, leurs connaissances, leur approche dans la pratique quotidienne mais aussi tout ce que l'allaitement maternel en général évoque pour eux. Je viens donc pour entendre ce que vous souhaitez me partager sur le sujet afin de venir compléter la littérature sur ce thème qui est assez pauvre.

Etant donné que ce travail nécessite une approche qualitative, je vous propose un entretien semi-dirigé. Je vais donc utiliser, si vous me le permettez, un dictaphone afin de pouvoir retranscrire fidèlement ce que vous voudrez bien me partager. Toutefois sentez-vous libre de m'interrompre, de refuser de répondre et n'hésitez pas à sortir du cadre de la question si le cœur vous en dit. Je tiens à vous rappeler que l'anonymat sera strictement respecté. Nous allons commencer.

Guide d'entretien :

Thèmes	Questions principales	Sous-questions	Info ou présumé
1) AM en général	1) Qu'évoque l'allaitement maternel en vous ? (Émotion, image, pensée, idée...)	1) si vous deviez associer un mot au thème « allaitement maternel » quel serait-il ? (ex : naturel, gratuit..) 2) Lorsque je vous parle d'allaitement maternel quelle émotion ou sentiment ressentez-vous (colère, dégoût, joie..) ? Savez-vous pourquoi ?	
2) Connaissance sur AM	1) Comment estimez-vous vos connaissances sur le sujet ?	1) Connaissez-vous les recommandations sur le sujet ? (OMS par ex) 2) Avez-vous bénéficié d'une formation sur ce thème?	
3) Pratique quotidienne de MG	1) Avez-vous déjà des femmes enceintes ou allaitantes dans votre pratique ?		
	2) Pensez-vous avoir un rôle en tant que MG dans l'AM ?	1) Si oui lequel ? Si non pourquoi ? 2) Vous sentez-vous à une bonne place par rapport aux autres intervenants (confrères, ONE, famille..) pour jouer un véritable rôle dans l'AM ?	

	3) Comment abordez-vous la question de l'allaitement en général (maternel, mixte, artificiel) ?	1) Evoquez-vous spontanément le thème de l'allaitement maternel? 2) Y a-t-il un moment particulier ou vous l'abordez (préconceptionnel, grossesse, post partum..) ? 3) Sinon pourquoi n'en parlez-vous pas (oubli, manque de temps, pas à l'aise avec sujet..) ? 4) <i>Allez-vous davantage en parler lors d'une consultation dédiée à l'enfant ou à la femme ?</i>	
	4) Discutez-vous du soutien de l'entourage dans l'AM et notamment du père ?		
	5) Quelle position adoptez-vous face à l'AM auprès de vos patientes ?	1) Vous qualifieriez-vous de promoteur, neutre (= accompagnateur), sceptique ?	
	6) Etes-vous à l'aise avec cette partie anatomique du corps de la femme en tant que médecin ?		
4) Vision personnelle (hors du cadre médical)	1) Comment vous positionnez-vous personnellement sur le sujet ? (pro-contre-partagé)		
	2) Avez-vous une expérience personnelle de l'AM ?	1) Si oui laquelle ? 2) Celle-ci affecte-t-elle la façon dont vous en parlez dans votre pratique ? (y a-t-il eu un avant et un après)	
	5) Pensez-vous qu'il y ait un profil de femmes allaitantes ?		
	6) Selon vous l'allaitement c'est avant tout : Un devoir pour la femme ? un droit pour l'enfant ? un strict libre choix ? la nouvelle tendance ?		
	7) L'allaitement maternel : est-ce un sujet débat pour vous ? Ressentez-vous		

	des tensions sur ce thème ? (en vous, dans la société, avec vos patientes...)		
5) Remarques libres : quelque chose à ajouter sur le sujet ?			

Mail rédigé afin de recruter les participants de mon étude, lorsque le contact du médecin était effectué par mail :

Cher Docteur X,

Je me permets de prendre contact avec vous car dans le cadre de mon master en médecine générale je réalise un travail sur les représentations que les médecins généralistes ont de l'allaitement maternel. Autrement dit, leurs connaissances, leur approche dans la pratique quotidienne mais aussi tout ce que l'allaitement maternel en général évoque pour eux.

Je serai très intéressée de pouvoir entendre tout ce que vous voudrez bien me partager sur le sujet. Je me propose de réaliser un entretien à votre cabinet au moment de votre convenance. L'entretien a une durée de 30 minutes environ.

Vous pouvez me contacter via cette adresse mail (sophie.dasilva@student.uclouvain.be)

Merci d'avance pour votre aide.

Cordialement,

Sophie DA SILVA DARCHEN