

Année 2016

2016 TOU3 1131
2016 TOU3 1132

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Sandra DELOULE et Émilie GUYONNET

Le 18 octobre 2016

ATTITUDES PRATIQUES ET VÉCU DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN CAS D'INSUFFISANCE DE PRISE PONDÉRALE CHEZ UN NOURRISSON ALLAITÉ

Directrice de thèse : Docteur Anne FREYENS

JURY :

Madame le Professeur Charlotte CASPER	Présidente
Monsieur le Docteur Michel BISMUTH	Assesseur
Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC	Assesseur
Madame le Docteur Anne FREYENS	Assesseur
Madame le Docteur Leïla LATROUS	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2015

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOJSEAU Hervé	Hématologie, transfusion
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-o-Gastro-Entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Christophe	Hépat-o-Gastro-Entéro.
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Medecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépat-o-Gastro-Entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
---------------------	-------------------

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie	M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique	M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Beatrice	Thérapeutique
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme MAZEREJEW Juliette	Dermatologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROSTAING Lionel (C.E)	Néphrologie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Poi Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAGAB Janie	Biochimie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoît	Bio-statistique
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U.

M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry
Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge

REMERCIEMENTS COMMUNS

À Madame Le Professeur Charlotte Casper,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Merci pour l'intérêt que vous portez à notre recherche. Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance.

À notre directrice de thèse, Madame le Docteur Anne Freyens,

Merci pour votre confiance et votre investissement dans l'élaboration de notre thèse. Travailler à vos côtés fut un honneur pour nous. Nous vous remercions pour nous avoir fait découvrir et guidé à chaque étape de la recherche qualitative. Nous espérons que notre travail est à la hauteur de votre rigueur.

À Monsieur le Docteur Michel Bismuth,

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail. Recevez le témoignage de notre reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Thierry Brillac,

Nous connaissons et reconnaissons votre intérêt pour les soins prodigués à la femme et aux enfants en médecine générale. Vous nous faites l'honneur de juger notre travail. Soyez assuré de notre profond respect.

À Madame le Docteur Leïla Latrous,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à notre jury. Avec tout notre respect.

À tous les médecins qui ont participé à notre étude.

REMERCIEMENTS PERSONNELS D'ÉMILIE

A ma mère, pour ta présence, ton amour et ton courage. Puisses tu trouver dans ce travail le témoignage de mon affection et ma tendresse. Ta fierté serait aujourd'hui ma plus belle récompense.

A mon père, pour m'avoir transmis la rigueur et l'épanouissement dans les relations humaines et les activités professionnelles. Tu es présent dans mes pensées à chaque étape importante de ma vie. Je pense que tu serais heureux de voir la femme que je suis devenue.

A mes sœurs et mon frère, pour votre affection, votre bienveillance et vos encouragements. A Cathy, ma marraine, tu représentes un modèle de persévérance et de détermination, mais aussi un moteur à la créativité artistique. A Sophie, tu m'as toujours toujours accompagné, tu m'as aidé à me relever et avancer plus forte dans les moments difficiles. A Marie, pour tous les moments légers et joyeux qui ont ponctué ce long parcours d'études. A Jean-Baptiste, le chemin parcouru m'a permis de découvrir en toi un brillant jeune homme et un frère bienveillant. A Pauline que j'apprécie tant.

A mes nièces et neveux, les étincelles qui scintillent dans vos yeux, votre douceur et votre innocence m'apportent un profond réconfort. Margot, ma filleule, te voir grandir et devenir une jeune femme cultivée est un véritable plaisir. Anna, je suis ravie de te voir t'épanouir dans les saines valeurs du sport, je suis confiante dans ta réussite. Rose, profite de ton enfance pour poursuivre ton éclosion. Charles, pouvoir t'accompagner malgré la distance dans ta découverte de la vie d'adulte et tes futurs choix de jeune homme sont une de mes priorités. Matthieu, les tendres moments partagés sont des alcôves de bonheur.

A ma cousine Laurence, pour tous nos échanges aussi riches qu'enrichissants, merci pour ta bienveillance et ton accompagnement dans cette passion commune qu'est la médecine.

A mon filleul Camille, t'accompagner dans la découverte de la vie sera une belle expérience. **A Marie-Charlotte**, auprès de toi, je me sens «en famille» dans la simplicité et la sérénité. Merci pour cette si belle relation.

A l'ensemble de ma famille, pour tous les moments partagés et tous vos encouragements.

A Hubert, à tout ce que tu es et tout ce que nous partageons.

A mes marraines de cœur, Dundy et Marie-France, merci pour votre tendresse.

A ma grande sœur de cœur, Stéphanie, merci pour ta présence, ton accompagnement et ton soutien dans mes études et surtout dans les différentes étapes importantes de ma vie. Merci de croire en moi- en tant que médecin et en tant que femme. Chacune de tes réflexions me permet de grandir et m'élever.

A mes grands-frères de cœur, Olivier, merci pour ton accompagnement et tes encouragements fraternels dès les bancs de la faculté et ton regard protecteur.

A mes amies de cœur, Anne-Laure, Ariane, Marie et Yooye- des rires aux larmes toujours présentes dans les moments importants de ma vie. Merci pour votre amitié, source d'apaisement et d'épanouissement.

A Laure et Emmanuel, merci pour votre accueil chaleureux et généreux, votre écoute et votre bienveillance.

A Julien, merci pour la spontanéité de notre amitié, tes mots et nos rires réconfortants.

A ma dream et girly medical team, **Anne-Line, Oriane et Florence**- ainsi qu'à leur moitié. Chaque soirée partagée est un moment de bonheur où se mêlent légèreté et plaisir- merci les filles d'être présentes à chaque étape.

A Valérie, à notre incroyable rencontre, à tous nos éclats de rires et à toutes tes paroles bienveillantes.

A Noémie, mon homonyme, à toutes nos ressemblances et à toutes les évidences qui nous rapprochent.

A mes amis, **Audrey et Fabien**, aux saines valeurs de notre amitié, **Jeanne**, à tous les moments de la vie étudiante et de la vie affective partagés dans la joie, **Elise et Simon**, à votre soutien et les découvertes partagées, **Julie** au plaisir des retrouvailles et de nos discussions, **Romain** aux bons moments toulousains passés et à venir, **Arlande**, aux agréables moments partagés au départ d'une belle amitié souhaitée.

A nos amis proches, Anne-Marie et Jean-Michel, Louissette et Marcel, Josiane et Jacques, Martine et Jean-pierre, merci de m'avoir entouré de votre affection et prodigué vos conseils avisés dans ma construction personnelle et professionnelle.

A Madame Magali Pacoud, puisse ce travail être le témoignage de mon profond respect et toute ma reconnaissance. Merci pour votre disponibilité et votre accompagnement sur le chemin de la sérénité et l'épanouissement.

A mes maîtres,

Au Professeur Philippe Arlet, merci Philippe pour la richesse de tes enseignements, ton accompagnement et ta bienveillance paternaliste dans cette belle aventure qu'est la médecine.

Au Professeur Arlet-Suau, merci Élisabeth d'avoir toujours cru en mes qualités de médecin. Élisabeth, Philippe, je souhaite être toujours à la hauteur de vos enseignements et des grands médecins que vous êtes.

Au Professeur Oustric, pour m'avoir transmis le goût et la diversité de la médecine générale, merci pour m'avoir guidé dans mes différents choix sur le chemin de mon métier.

Aux médecins rencontrés durant mes études. Merci de m'avoir accompagné, transmis et enrichi de votre expérience.

Au Docteur Colette Suzanne, pour votre amour des valeurs, de la psychologie humaine, et des livres. Merci de m'avoir accueilli dans votre cabinet, dans votre maison et dans votre cœur.

Au Docteur Martial Font, merci pour vos enseignements tant professionnels qu'humains, et votre bienveillance inconditionnelle. Vous êtes à mes yeux un grand enseignant, un des rares à avoir compris que l'enseignement est un partage et une transmission du maître à son élève, et réciproquement.

Au Docteur Leonardo Astudillo, merci pour m'avoir enseigné la rigueur et la curiosité médicales que je cultive avec plaisir dans ma pratique quotidienne.

Au Docteur Caroline Navallon, un modèle et un grand soutien depuis l'enfance. Caroline, ta présence ce soir et notre future association sont comme la réalisation d'un rêve d'enfant- merci d'y participer chaque jour.

Au Docteur Philippe Coste-Garriguet, merci Philippe pour votre confiance et votre accompagnement dans la réalisation d'un projet professionnel à mon image. Merci Anne pour votre accueil toujours si chaleureux.

A tous les patients rencontrés, merci de me faire découvrir à chaque rencontre de nouveaux aspects de la médecine, de l'humanité et de la vie.

A Sandra, ce travail n'aurait pas pu se faire sans toi, et je crois que grâce à ta rigueur et ton enthousiasme il est de grande qualité. Merci de m'avoir proposé cette aventure et fait confiance à chaque étape. Travailler à tes côtés était un véritable plaisir. Nous partageons les mêmes valeurs sur la médecine, et une vision commune de la vie – je suis heureuse que nos études et ce travail de thèse nous aient rapproché et soient à l'origine d'une belle amitié.

« Avoir la foi, c'est monter la première marche même quand on ne voit pas tout l'escalier. »
Martin Luther King

REMERCIEMENTS PERSONNELS DE SANDRA

À ma famille,

À Guillaume, déjà 9 ans que tu as transformé ma vie. Merci d'avoir été aussi compréhensif et de m'avoir tant soutenue durant ces longues années d'études. Tu as toujours su trouver les mots pour me faire rire dans les moments difficiles. Tu as ce don précieux de voir toujours le bon côté des gens et de la vie en général, ne le perds surtout pas. C'est un immense bonheur que de vivre chaque jour à tes côtés. Je t'aime.

À Lucile, tu es une petite fille merveilleuse. Tu illumines ma vie et la comble de bonheur. Ne perds jamais cette joie de vivre. J'espère être à la hauteur pour t'accompagner tout au long de ta vie. Je t'aime à l'infini et pour toujours...

À toi qui n'es pas encore là, mais qui es déjà dans mon cœur. Il me tarde de voir ta petite frimousse et te serrer tout contre moi. Tu as participé à ma thèse de l'intérieur... ne t'inquiète pas je vais bientôt me détendre, c'est promis !

À ma maman, une femme et une mère extraordinaire. Sans toi rien n'aurait été possible. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir soutenue à chaque fois que j'en avais besoin. Je ne pourrais jamais assez te remercier. **À Pierre,** merci de rendre maman si heureuse et d'être un « papi tout gris » aussi merveilleux.

À mon papa, malgré la distance tu as toujours été présent pour moi et je t'en remercie. Tes encouragements pendant ces longues années d'études m'ont été très précieux. J'espère que tu es fier de la personne que je suis devenue.

À Anne-Charlotte, ma grande sœur adorée, merci pour tout ton soutien, je me rappelle encore des « colis de survie »... ils faisaient tant de jaloux ! Je suis heureuse de te voir aussi épanouie dans ta vie personnelle et professionnelle. J'espère que notre complicité durera toujours. **À Joseph,** merci pour tout le bonheur que tu apportes à ma sœur, je suis ravie que tu fasses partie de notre famille.

À ma famille d'Auvergne. Mamie, Frédéric, Patricia, Ambre et Marien, merci pour toute cette simplicité et ce bonheur que vous m'insufflez à chaque fois que je viens vous voir. Papi, je suis sûr que de là-haut tu es fier de moi, merci pour toutes ces belles valeurs que tu m'as transmises et que je m'efforcerai de perpétuer au mieux.

À mes grands parents, Henri et Chantal, votre sens de la famille, du travail et votre générosité ont toujours été un exemple pour moi. Merci pour toutes ces valeurs que vous nous avez transmises.

À tous mes cousins et cousines, merci pour ces moments merveilleux que nous avons partagé à Montélimar, c'est toujours une joie de nous retrouver tous ensemble.

À mes beaux parents, Christian et Mumu, vous m'avez accueilli dans votre famille à bras ouvert, merci pour toute votre générosité.

À Rémy et Marion, Nicolas et Lara, Cyril et Caroline, votre soutien sans faille a été très précieux. Merci pour tous ces beaux moments partagés en famille.

Et bien sûr, à tous mes petits neveux et nièces d'amour, Valentine, Victoria, Mathilde, Louise et Gabriel, à tous vos sourires malicieux, vos éclats de rires, vous êtes de vrais rayons de soleil. Vous allez former une sacrée équipe !

À mes amis,

À Julie, ma plus chère amie. Merci d'avoir toujours été là pour moi depuis tant d'années. Ton humour et ta joie de vivre font de chaque moment passé ensemble des moments inoubliables. Tu es une personne en or, je suis fier de t'avoir comme amie.

À Caroline, nous avons débuté notre formation ensemble, désormais c'est tellement plus qui nous unit. Merci pour ton écoute, ton soutien et tes précieux conseils. J'espère que notre amitié durera toujours.

À Mélanie, pour tous ces jolis moments passés ensemble. Merci pour ta douceur et ton humanité. La complicité que nous avons partagée tout au long de ces études m'a été très précieuse.

À la folle famille Corrézienne, Titi, P'ti Seb, Mathilde, Jules et Émilie, merci pour tous ces merveilleux week-ends passés ensemble, se sont de purs moments de plaisir. Ne perdez jamais votre bonne humeur si communicative !

À Marion, Marine, Isabelle, Cécile et Nath, merci pour ces belles soirées entre filles, ce sont de vraies bulles de bonheur, que cette tradition dure toujours...

Aux anciens du Ferradou, Julie, Cécilia, Nico, Élodie et Magalie, c'est toujours une joie de vous retrouver ! **À Cécilia,** pour ta spontanéité et toutes ces phrases dont tu es la seule à avoir le secret. Continues à nous faire rire sans modération !

À Élodie, Caroline, Mélodie, François et Chloé pour ces joies et ces galères de P1. Grâce à vous ces années furent malgré tout pleines de douceur, de rires et de complicité.

À Mélanie, Caroline, François et Hélène, sans oublier **Jean-Louis, Christine, Mélanie M, Florent et Camille.** Les bancs de l'externat ont été l'occasion de se rencontrer et depuis tant de beaux moments partagés.... à notre amitié, nos fous rires, nos soirées, merci pour tout !

À tous mes co-internes de cœur, Anne-Sophie, Christine, Christelle, Marine, Capucine, Hélène, Blandine, Pierre, Pauline, Nathalie, Magalie et tous les autres... partager mes premiers pas de médecin avec vous a été une expérience inoubliable.

À Hélène, tu resteras une des plus belle rencontre de mon internat. C'est toujours un plaisir de discuter avec toi. Tu seras, j'en suis certaine, un médecin formidable.

À toutes les personnes extraordinaires que mes stages m'ont amené à rencontrer. À tous les médecins que j'ai eu la chance de côtoyer et qui m'ont transmis leurs savoirs avec patience. Sans oublier les équipes soignantes et leur profonde humanité.

À Corine, Sandrine et Myriam, vous m'avez enseigné ce que l'on apprend pas dans les livres. Vous avez contribué à faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui et je vous en remercie.

À Émilie, je suis fière d'avoir réalisé ce travail de thèse à tes cotés. Je me souviendrais longtemps de nos échanges, nos rires, nos doutes et nos pauses « bichoco ». J'espère que l'amitié qui est née et a grandie avec ce travail durera encore longtemps.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	5
I- INTRODUCTION	6
1- État actuel des connaissances.....	6
2- Contexte historique.....	6
3- Problématiques de recherche.....	6
4- Objectifs de recherche.....	7
II- MATÉRIEL ET MÉTHODE	8
1- Méthode de recherche bibliographique.....	8
1-1 Bibliographie sur le thème.....	8
1-2 Bibliographie sur la méthodologie de recherche qualitative.....	8
2- Choix de la méthode de recherche et du type d'entretien.....	8
3- Les chercheurs.....	9
3-1 Rôle des chercheurs.....	9
3-2 Formation des chercheurs.....	9
3-3 Réflexivité et posture des chercheurs.....	9
4- Recrutement des sujets	9
4-1 Population cible.....	9
4-2 Mode de recrutement.....	9
5- Élaboration du guide d'entretien.....	10
5-1 Thèmes abordés.....	10
5-2 Expérimentation du guide par des entretiens exploratoires.....	10
5-3 Évolution du guide	11
6- Éthique.....	11
7- Recueil des données	11
7-1 Réalisation des entretiens.....	11
7-2 Retranscription des entretiens.....	11
7-3 Saturation des données.....	12
8- Analyse des données.....	12
8-1 Contexte d'énonciation.....	12
8-2 Analyse transversale thématique des données.....	12
8-3 Triangulation des chercheurs.....	12
8-4 Résolution des problèmes.....	12

8-5 Communication entre chercheurs.....	12
---	----

III- RÉSULTATS

13

1- Réalisation des entretiens et population étudiée.....	13
1-1 Réalisation des entretiens	13
1-2 Caractéristiques de la population étudiée.....	13
2- Analyse thématique des attitudes pratiques des médecins généralistes.....	14
2-1 Perception du rôle de médecin généraliste.....	14
2-2 Recueil des informations en consultation.....	14
2-2-1 Interrogatoire.....	14
2-2-1-1 Concernant la mère allaitante.....	14
2-2-1-2 Concernant le nourrisson.....	15
2-2-1-3 Concernant l'allaitement maternel.....	15
2-2-2 Examen clinique	16
2-2-2-1 Du nourrisson.....	16
2-2-2-2 De la mère allaitante.....	16
2-2-2-3 D'une tétée.....	17
2-2-3 Examen para-clinique.....	17
2-3 Prise en charge.....	17
2-3-1 Accompagnement et réassurance de la mère allaitante.....	17
2-3-2 Solutions proposées.....	18
2-3-2-1 Poursuite de l'allaitement maternel exclusif.....	18
2-3-2-2 Proposition d'un allaitement mixte.....	19
2-3-2-3 Arrêt de l'allaitement maternel.....	20
2-3-3 Recours à un avis spécialisé.....	20
2-3-4 Suivi proposé.....	21
3- Analyse thématique des ressentis des médecins généralistes.....	22
3-1 Ressentis lors de la consultation	22
3-2 Ressentis spécifiques liés au genre.....	23
3-3 Ressentis liés au manque de formation.....	24
4- Analyse de l'influence de l'expérience personnelle sur la pratique professionnelle.....	24
4-1 Absence d'influence de l'expérience personnelle sur la pratique professionnelle.....	24
4-2 Influence de l'expérience personnelle sur la pratique professionnelle.....	25
4-3 Ressentis liés à l'absence d'expérience personnelle.....	26

5- Analyse de l'influence des expériences professionnelles sur l'attitude pratique.....	26
IV- DISCUSSION.....	27
1-Discussion de la méthode.....	27
1-1 Les forces de l'étude.....	27
1-1-1 Validité interne.....	27
1-1-2 Validité externe.....	27
1-2 Les limites de l'étude.....	27
1-2-1 Limites liées aux chercheurs.....	27
1-2-2 Limites liées au recrutement.....	28
1-2-3 Limites liées aux participants.....	28
1-2-4 Limites liées au sujet de recherche.....	28
1-2-5 Limites liées aux conditions de l'entretien.....	28
2- Discussion des résultats.....	28
2-1 Contexte historique et rôle du médecin généraliste.....	28
2-2 Attitudes pratiques.....	29
2-2-1 Concernant le recueil des informations en consultation	30
2-2-2 Concernant la prise en charge.....	30
2-2-2-1 Variabilité des attitudes pratiques au sujet de la poursuite de l'allaitement.....	30
2-2-2-2 Variabilité des conseils donnés en cas de poursuite de l'allaitement.....	31
2-2-3 Concernant le suivi proposé et l'avis spécialisé.....	31
2-2-4 Variabilité des pratiques en médecine générale.....	32
2-3 Concernant les ressentis des médecins.....	32
2-3-1 Ressentis pendant la consultation.....	32
2-3-2 Ressentis au sujet de la poursuite de l'allaitement.....	33
2-3-3 Ressentis spécifiques liés au genre du médecin	33
2-3-4 Ressentis liés au manque de formation.....	34
2-4 Influence de l'expérience personnelle pendant la consultation.....	34
3- Proposition d'un guide de recommandations destiné aux médecins généralistes.....	35
IV- CONCLUSION.....	36
V- RÉFÉRENCES.....	37

VI- ANNEXES	42
Annexe n°1 : Lettre d'information	42
Annexe n°2 : Talon sociologique	43
Annexe n°3 : Guide d'entretien final.....	44
Annexe n°4 : Accord de la commission d'éthique.....	45
Annexe n°5 : Formulaire de consentement.....	46
Annexe n°6 : Exemple de contexte d'énonciation (entretien 7).....	47
Annexe n°7 : Extrait de la grille d'analyse thématique.....	48
Annexe n°8 : Résumé des caractéristiques des participants.....	49
Annexe n°9 : Plaquette de recommandations destinée aux médecins généralistes.....	50

LISTE DES ABRÉVIATIONS

DES : Diplôme d'Étude Spécialisé

DU : Diplôme Universitaire

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

I- INTRODUCTION

1- État actuel des connaissances

Les avantages de l'allaitement maternel sont multiples et font l'objet d'une littérature abondante (1,2). Les organismes de santé nationaux et internationaux tels que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (3,4), la Haute Autorité de Santé (HAS) (5,6), l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), l'Unicef (7,8), la Société Française de Pédiatrie mais aussi l'Académie Américaine de Pédiatrie (9,10), expriment des recommandations en faveur d'un allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie puis jusqu'à l'âge de deux ans en association avec une diversification alimentaire progressive adéquate (11).

Le taux d'allaitement maternel en France est en constante augmentation. Selon l'étude Épifane (12), en 2012, 74% des mères essaient d'allaiter à la maternité, les résultats sont similaires dans l'étude Elfe menée en 2011 (70,5%) (13). Cependant, la durée médiane d'allaitement maternel exclusif est de seulement trois semaines (12).

2- Contexte historique

De nombreux ouvrages retracent l'histoire de l'allaitement maternel (14–16). La gestion de l'allaitement maternel a longtemps été confiée aux femmes avec une transmission des savoir-faire de mères en filles. Cependant, les révolutions culturelles des années 70 ont généré un mouvement d'émancipation de la femme avec une tendance « anti allaitement maternel », décrite par Elisabeth Badinter dans son livre « Le Conflit- la femme et la mère » (17). Toute une génération de femmes n'a pas allaité faisant ainsi disparaître cette transmission intergénérationnelle des pratiques de l'allaitement maternel.

L'étude de Sonia Pazzi témoigne d'un essor récent de l'allaitement maternel depuis le début du 20ème siècle auquel la société ne semble pas préparée. « Dans toutes les époques, on trouve des preuves de substitutions du sein de la mère, par les biberons et les nourrices notamment. Dès le 12ème siècle, il y a une véritable " industrie nourricière " qui se met en place et qui durera jusqu'au début du 20ème siècle. Aujourd'hui, pour tous ses bienfaits, l'allaitement maternel revient comme une mode avec des taux qui ne cessent de croître. Malheureusement, notre modèle de société ne permet pas à toutes les femmes qui le désirent, d'allaiter suffisamment leurs enfants » (18).

3- Problématiques de recherche

Parmi les difficultés pouvant expliquer l'arrêt précoce de l'allaitement maternel, l'insuffisance de prise de poids est un des problèmes les plus fréquemment rencontrés par les praticiens (19–23). L'insuffisance de production lactée, réelle ou ressentie par la mère, représente la première cause d'interruption de l'allaitement (38%) selon l'enquête française périnatale de 1995 (24). Sauf rares exceptions, l'insuffisance de production lactée ressentie ne serait pas réelle et le maintien de l'allaitement serait quasiment toujours possible grâce à un soutien, de la réassurance et des informations adaptées (25).

Malheureusement, l'insuffisance de prise pondérale dans l'allaitement maternel est peu évoquée dans les manuels de pédiatrie, y compris dans un des ouvrages de référence pour les professionnels de santé «Breastfeeding: a guide for medical profession» (20). Il ne développe que les stratégies diagnostiques et non thérapeutiques des difficultés de prise pondérales d'un nourrisson allaité.

La prise en charge des situations d'insuffisance pondérale du nourrisson allaité est traitée dans la littérature scientifique uniquement par des travaux quantitatifs (26–28). Aucune recherche ne semble s'intéresser à la prise en charge proposée en première intention par le médecin généraliste.

Le médecin généraliste est un praticien de premier recours assurant la continuité des soins et la prise en charge globale du couple mère-enfant dès la sortie de la maternité. Il occuperait une place de choix pour aider les mères allaitantes en étant le professionnel de santé le plus souvent consulté en post-natal par les mères pour des difficultés d'allaitement maternel (39,5% selon le travail de Camille Olive De Boutray) (29).

Or, les données actuelles de la littérature concluent à un manque de connaissances des médecins sur la prise en charge de l'allaitement maternel (25,30–38). L'étude prospective de Malika Velly-Thillot auprès de médecins généralistes en 2011 révèle que même si les médecins généralistes encouragent à la poursuite de l'allaitement en cas de difficultés mammaires, ils n'ont pas de réflexes adaptés en cas de prise de poids insuffisante du nourrisson (35).

4- Objectifs de recherche

L'objectif principal de notre étude est d'explorer les attitudes pratiques et les ressentis des médecins généralistes lors d'une consultation pour insuffisance de prise pondérale chez un nourrisson allaité.

L'objectif secondaire est d'explorer l'influence de l'expérience personnelle d'allaitement sur la prise en charge.

II- MATÉRIEL ET MÉTHODE

1- Méthode de recherche bibliographique

1-1 Bibliographie sur le thème

Les moteurs de recherche utilisés ont été Medline, Pubmed, Pascal, Doc'CISMef, Google Scholar et SUDOC avec les mots clés suivants :

- Termes utilisés pour désigner l'allaitement maternel : allaitement, allaitement maternel, allaitement maternel exclusif, enfant allaité.
- Termes utilisés pour désigner l'enfant : nourrisson, nouveau-né, enfant, bébé.
- Termes utilisés pour qualifier l'insuffisance staturo pondérale : insuffisance pondérale, insuffisance staturo-pondérale, faible prise de poids, stagnation staturo-pondérale, prise de poids lente, perte de poids.
- Termes utilisés pour désigner le médecin : médecin généraliste, médecin traitant, médecine générale, médecin de famille.
- Termes utilisés pour désigner le ressenti : émotion, vécu, ressenti.

Ces mots clés ont été utilisés seuls et associés en équations de recherche à l'aide d'opérateurs booléens. La sélection des documents a été faite en fonction de leur niveau de preuve et de leur pertinence pour notre sujet de recherche.

Une veille documentaire a été effectuée et de nouvelles étapes de recherche bibliographique ont été réalisées au fur et à mesure de l'analyse des entretiens et de l'émergence de nouvelles données.

1-2 Bibliographie sur la méthodologie de recherche qualitative

La recherche bibliographique a été réalisée sur les mêmes moteurs de recherche et selon les mêmes modalités avec les mots clés suivants : recherche qualitative, méthodologie qualitative, entretiens.

2- Choix de la méthode de recherche et du type d'entretien (39,40)

La méthode qualitative à visée exploratoire nous a semblé être la plus pertinente pour répondre à cette problématique à la fois complexe et subjective.

Cette méthode consiste à recueillir des données verbales et les analyser dans une démarche interprétative. Elle a pour but d'explorer les ressentis, les émotions, les comportements et les expériences personnelles des sujets (41). Elle permet ainsi d'expliquer et de comprendre le sens des phénomènes complexes et subjectifs. « La recherche qualitative étudie les phénomènes complexes dans leur milieu naturel, s'efforce de leur donner un sens, de les interpréter, au travers des significations que les gens leur donnent » (42).

Les entretiens individuels semi-dirigés, basés sur un guide d'entretien préalablement établi, sont apparus comme la technique de recueil de données la plus adaptée pour répondre à notre problématique. En effet, ils favorisaient la libre expression des médecins interrogés.

3- Les chercheurs

3-1 Rôle des chercheurs

Les entretiens et les analyses ont été réalisés par deux chercheuses : Sandra Deloule et Émilie Guyonnet, diplômées du Diplôme d'Études Spécialisés (DES) de Médecine Générale et médecins généralistes remplaçantes en libéral. La chercheuse ayant recruté un sujet a réalisé et retranscrit l'entretien. L'analyse de l'entretien a été ensuite effectuée par les deux chercheuses.

Nous nous sommes adressées aux participants en tant que chercheuses et non médecins généralistes afin de limiter les biais liés au statut de l'enquêteur.

3-2 Formation des chercheurs

Pour ce travail, nous nous sommes formées aux spécificités de la recherche qualitative au cours de plusieurs sessions de formation animées par des enseignants du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse.

3-3 Réflexivité et posture des chercheurs

Nous avons réalisé un effort de réflexivité ainsi qu'un travail autour de la posture du chercheur à chaque étape de notre travail de recherche. Un carnet de bord était tenu par chacune tout au long du travail de thèse.

4- Recrutement des sujets

4-1 Population cible

Nous avons choisi d'interroger des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées.

Les médecins ont été choisis, en utilisant la technique dite « boule de neige », dans le but d'obtenir un échantillon raisonné et évolutif le plus diversifié possible.

Les critères de sélection étaient l'âge, le genre, l'importance de la pratique quotidienne en gynécologie et en pédiatrie, le nombre d'enfants et l'expérience personnelle ou non en matière d'allaitement maternel.

Nous avons ainsi pu aboutir à la plus grande variabilité possible des discours concernant notre problématique de recherche et obtenir la saturation théorique des données permettant de garantir la validité externe de l'étude.

4-2 Mode de recrutement

Nous avons pris contact avec les médecins par téléphone. Nous leur demandions s'ils accepteraient une rencontre pour un travail de recherche concernant l'allaitement maternel sans évoquer directement la question de recherche afin de ne pas induire une réflexion antérieure du médecin et limiter ainsi le risque d'un discours préconçu. Nous leur transmettions alors une lettre d'information (Annexe n°1). Une fois la rencontre acceptée, nous leur demandions de fixer un rendez-vous au jour et au lieu de leur convenance.

5- Élaboration du guide d'entretien

5-1 Thèmes abordés

Chaque entretien débutait par le remplissage du talon sociologique comportant des questions sociodémographiques sur le genre, l'âge, le type d'exercice (rural, semi rural ou urbain- seul ou en cabinet de groupe), les spécificités d'exercice (homéopathie...), l'importance de la pratique de gynécologie et de pédiatrie (classée en faible, modérée, importante), le nombre d'enfants et l'existence ou non d'une expérience personnelle d'allaitement maternel (Annexe n°2).

Face au manque de données de la littérature sur le thème précis qu'aborde notre question de recherche, nous avons élaboré un guide d'entretien exploratoire selon les différents points que nous avons jugé pertinents.

Il comportait six thématiques principales :

- Recueil des attitudes pratiques du médecin généraliste lors d'une consultation pour insuffisance pondérale d'un enfant allaité.
- Recueil du ou des rôles perçus en tant que médecin généraliste dans cette consultation.
- Recueil de leurs ressentis au cours de la consultation.
- Vécu de leurs expériences personnelles d'allaitement maternel.
- Évaluation de l'influence éventuelle du vécu personnel sur leur pratique professionnelle.
- Résumé des ressentis lors de ces consultations en trois mots ou adjectifs.

L'ordre d'apparition des thèmes a été choisi en conscience. En effet, il nous a semblé plus facile de débiter l'entretien avec une question concernant la description des attitudes pratiques afin de mettre en confiance les médecins, puis d'aborder les questions plus personnelles telles que leurs ressentis, leurs émotions et leur vécu personnel.

Les questions étaient ouvertes et flexibles pour inciter les médecins à s'exprimer librement. Chaque question comportait des reformulations ainsi que des sous-questions de relance, plus précises, qui n'étaient posées que pour faire spécifier un point au médecin ou l'y amener si ce thème n'avait pas été évoqué spontanément.

Le guide d'entretien a été soumis à la validation de notre directrice de thèse, le Docteur Anne Freyens, médecin généraliste, Maître de Conférences associée et responsable du pôle Santé de la Femme au DUMG de Toulouse.

5-2 Expérimentation du guide par des entretiens exploratoires

Trois entretiens ont été réalisés afin de tester notre guide (entretiens 1-2-A). A l'issue de ces entretiens exploratoires, nous avons adapté le guide d'entretien avec l'accord du Docteur Anne Freyens. Nous avons reformulé une question, mal comprise par les participants. Nous avons ajouté la dernière question afin que les médecins résumant en trois mots leurs ressentis lors de ces consultations dans le but de faire émerger les principales émotions. Devant la richesse des données obtenues, ces trois entretiens ont été conservés et analysés.

5-3 Évolution du guide

Notre guide a évolué au cours des entretiens. Une question a été ajoutée mais finalement retirée car elle ne permettait pas de répondre à notre problématique. L'ordre des questions a été changé. Aucune de ces évolutions ne modifiait de manière majeure notre guide. Le guide d'entretien final est présenté en annexe n°3.

6- Éthique

La Commission d'Éthique du Département de Médecine Générale de Midi-Pyrénées a émis un avis favorable à la réalisation de notre protocole de recherche (Annexe n°4).

Un formulaire de consentement éclairé a été signé par chaque participant en début d'entretien (Annexe n°5).

Les données recueillies ont été anonymisées en utilisant une lettre dans l'ordre alphabétique pour chaque entretien réalisé par Émilie Guyonnet et un chiffre dans l'ordre chronologique pour chaque entretien réalisé par Sandra Deloule. Les noms des participants ont été remplacés par une lettre de façon arbitraire.

7- Recueil des données

7-1 Réalisation des entretiens

Seule une des deux chercheuses réalisait l'entretien.

Chaque entretien se déroulait en trois phases :

- Une phase de présentation du thème de notre étude et des modalités de réalisation (enregistrement, anonymisation des données, possibilité de retrait de l'étude...) avec signature du consentement.
- Le recueil des données sociodémographiques grâce au talon sociologique.
- L'entretien à proprement parlé à l'aide du guide d'entretien.

L'ensemble du discours a été enregistré à l'aide d'un dictaphone.

A la fin de chaque entretien, des notes d'observation ont été prises afin de préciser le contexte, le comportement du médecin, le ressenti de la chercheuse suite à l'entretien et les principaux résultats. Ces notes ont par la suite été utilisées pour la réalisation du contexte d'énonciation.

Au fil des entretiens, nous nous sommes appropriées les méthodes de communication caractéristiques de la méthode qualitative afin de mener correctement les entretiens et faciliter l'expression des médecins interrogés (questions ouvertes, reformulation-résumé, relance pour approfondissement, valorisation de l'interlocuteur et encouragements à poursuivre, recentrage si besoin).

7-2 Retranscription des entretiens

Tous les entretiens ont été retranscrits intégralement et littéralement permettant ainsi l'obtention du verbatim. La retranscription était réalisée au plus vite après l'entretien.

Nous avons également mentionné entre parenthèses les éléments du langage non verbal : les non-dits du discours oral (les intonations, les silences, les soupirs) ainsi que les gestes et attitudes qui nous semblaient importants (les mimes, les sourires, les gênes).

7-3 Saturation des données

L'arrêt du recueil des données a eu lieu une fois la saturation théorique des données atteinte, c'est-à-dire lorsque les deux derniers entretiens n'apportaient pas d'éléments nouveaux en rapport à notre question de recherche malgré la diversification des profils.

8- Analyse des données (43)

L'analyse des données a été réalisée au fur et à mesure des entretiens.

8-1 Contexte d'énonciation (exemple en annexe n°6)

Chaque entretien a fait l'objet d'une analyse du contexte d'énonciation réalisée par la chercheuse ayant mené l'entretien. Cette analyse était un travail de réflexivité afin de décrire le contexte de l'entretien, le résumé, les points remarquables ainsi que les éléments nouveaux ou inattendus et proposer des pistes de réflexions pour la suite du travail.

8-2 Analyse transversale thématique des données

Nous avons ensuite réalisé une analyse thématique transversale du discours. Elle comportait deux grandes étapes :

- Le séquençage et l'encodage. Le verbatim a été découpé en unité de sens et chaque unité de sens a été interprétée, au plus près du texte, pour aboutir à un code.
- La création de la grille d'analyse thématique et l'émergence progressive de catégories puis de thèmes. Les codes obtenus ont été regroupés dans un tableau en sous-catégories puis en catégories conceptuelles. La mise en relation de ces catégories a permis l'émergence de thèmes principaux puis secondaires.

Cette grille d'analyse thématique n'a pas été définie à priori, elle a été créée progressivement puis enrichie et remaniée à chaque nouvel entretien. Un extrait est présenté en annexe n°7. À l'issue de cette analyse thématique, une réunion avec le Docteur Anne Freyens a permis de déterminer l'émergence des axes de recherche à travailler.

8-3 Triangulation des chercheurs

L'analyse transversale était réalisée de façon indépendante par les chercheuses avant d'être mise en commun pour une triangulation des données. Cette double lecture et double analyse ont permis d'augmenter la validité interne des résultats.

8-4 Résolution des problèmes

En cas de divergence de point de vue lors de l'analyse, la méthode de résolution des conflits consistait en une nouvelle écoute de l'entretien afin de replacer le verbatim dans son contexte. En cas de persistance du désaccord, l'interprétation de la chercheuse ayant réalisé l'entretien était privilégiée.

8-5 Communication entre chercheurs

Le partage des données a été réalisé à l'aide de Google Drive. Il nous permettait d'accéder instantanément aux modifications apportées par l'autre chercheuse.

III- RÉSULTATS

1- Réalisation des entretiens et population étudiée

1-1 Réalisation des entretiens

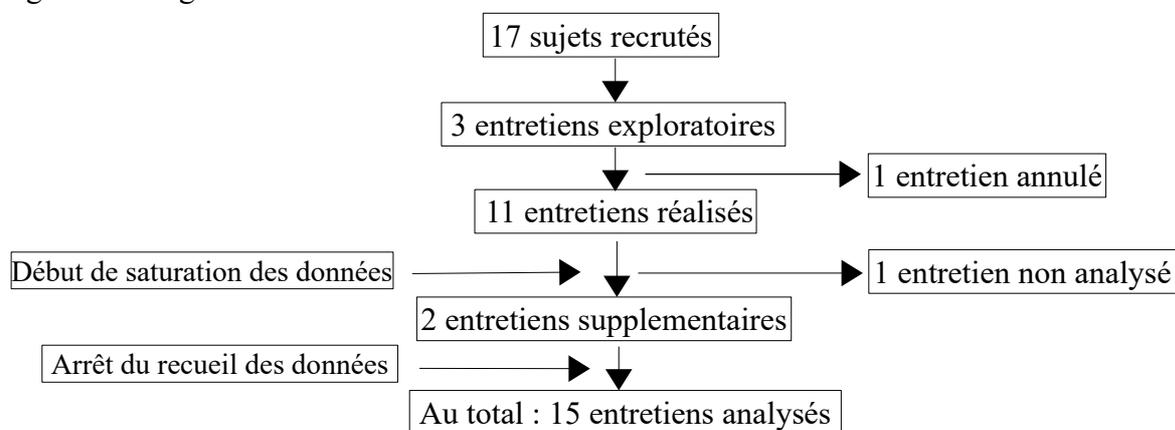
15 entretiens individuels semi dirigés ont été réalisés de janvier 2014 à juillet 2016, au cabinet médical ou au domicile des médecins interrogés, à leur convenance.

Un entretien a été annulé suite à un désistement du médecin. Un entretien a été réalisé mais n'a pas pu être analysé du fait de la perte des données suite à un dysfonctionnement du dictaphone.

La durée des entretiens était comprise entre 17 minutes et 1 heure et 9 minutes avec une durée moyenne de 40,5 minutes.

La saturation des données a été obtenue lors du 13^{ème} entretien. Les deux entretiens supplémentaires n'ont pas fait émerger de nouvelle notion concernant notre question de recherche, confirmant la saturation théorique des données.

Figure 1 : Diagramme de flux



1-2 Caractéristiques de la population étudiée

Au total, 15 médecins généralistes ont été interrogés : dix exerçant en cabinet libéral, deux médecins remplaçants dont un médecin retraité, un interne en médecine générale et deux exerçant en PMI.

L'échantillon se composait de huit femmes et sept hommes, âgés de 27 à 72 ans, soit un âge moyen de 46 ans.

Les entretiens ont principalement eu lieu au cabinet médical des médecins interrogés, seul deux se sont déroulés à leurs domiciles.

Sept médecins n'avaient pas reçu de formation spécifique sur l'allaitement maternel. Quatre avaient reçu une formation initiale au cours de leur Diplôme d'Enseignement Spécialisé de médecine générale. Quatre avaient réalisé une formation approfondie telle que le Diplôme Universitaire (DU) d'allaitement et lactation humaine ou la réalisation d'une thèse sur l'allaitement maternel.

Certains d'entre eux avaient des spécificités diverses telles que l'homéopathie ou encore la pratique d'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse.

Cinq étaient maîtres de stage ambulatoire au DUMG de Toulouse.

Parmi l'ensemble des médecins, 12 avaient des enfants et ont vécu une expérience personnelle d'allaitement avec au moins un de leurs enfants. Deux n'avaient pas d'enfant. L'allaitement a été vécu par les médecins de façon positive pour 21 enfants et négative pour 9 enfants.

Toutes ces caractéristiques sont détaillées dans un tableau anonyme en annexe n°8.

2- Analyse thématique des attitudes pratiques des médecins généralistes.

2-1 Perception du rôle de médecin généraliste

La plupart des médecins interrogés ont considéré avoir un rôle en tant que médecin généraliste dans la prise en charge d'un enfant allaité avec insuffisance de prise pondérale.

D'autres, au contraire, ont considéré ne pas avoir de rôle en tant que médecin généraliste dans la prise en charge de l'allaitement ou un rôle qualifié de secondaire « c'est une prise en charge peut-être qui nous est pas tout à fait destinée » (E8-5).

Selon eux, l'allaitement maternel serait inné et une question strictement féminine « l'allaitement et la relation mère-enfant dans l'allaitement pour moi ça devrait être quelque chose d'assez naturel et sous la gestion de la mère complètement » (E6-46). Certains médecins hommes ont d'ailleurs constaté que leur genre masculin a gêné certaines femmes pour aborder l'allaitement en consultation. Ils ont exprimé que les questions d'allaitement devraient plutôt être abordées avec des intervenants de genre féminin « l'allaitement je pense que dans l'inconscient des mamans collectif c'est plus quelque chose qu'elles voient plutôt avec quelqu'un de féminin » (E8-21), voire par une transmission des savoirs et savoir-faire par les femmes de manière inter ou intragénérationnelle « plus un transfert d'expérience d'une femme à une autre qu'un conseil médical » (E8-23).

2-2 Recueil des informations en consultation

2-2-1 Interrogatoire

2-2-1-1 Concernant la mère allaitante

Les médecins ont évalué le contexte socio-environnemental, familial et professionnel de chaque situation dans le but de rechercher une éventuelle cause sous-jacente aux difficultés rencontrées dans la situation d'allaitement.

La plupart se sont également intéressés au déroulement de la grossesse, de l'accouchement et à l'initiation de l'allaitement maternel à la maternité « comment ça s'est passé à la maternité, savoir un peu ce qu'on lui a expliqué » (E2-2).

Ils ont tenté de mettre en évidence d'éventuelles difficultés psychologiques maternelles telles que l'anxiété, la dépression ou le baby blues « comment elle, elle va aussi, l'état psychique » (E5-56).

Ils ont également interrogé les mères sur les facteurs pouvant expliquer l'insuffisance pondérale tels que des erreurs alimentaires (alimentation inadaptée, hydratation insuffisante) ou une asthénie maternelle « peut-être que la maman ne s'hydrate pas ou ne s'alimente pas correctement » (E7-82).

Un médecin a recherché les causes possibles d'insuffisance de production lactée telles que la rétention placentaire ou la prise de médicaments « à l'interrogatoire on recherche les choses

qui peuvent entraîner une insuffisance de production de lait (...) la rétention placentaire (...) ou certains médicaments » (EE-64).

Enfin, les médecins ont accordé une place essentielle à l'évaluation du vécu psychologique de l'allaitement et à l'importance de faire réfléchir les mères sur leur allaitement :

- Rechercher si le projet d'allaitement est un choix libre et évaluer le désir de poursuivre l'allaitement « tout simplement pourquoi elles allaitent, est ce que c'est une vraie volonté personnelle et comment elle le vit ? » (E1-5) « réévaluer l'investissement vis à vis de l'allaitement » (E7-96).
- Évaluer les représentations maternelles de l'allaitement « essayer de partir de leurs représentations, de leurs envies, de leurs schémas, d'essayer aussi de les faire réfléchir là-dessus » (E3-73).
- Évaluer les éventuels enjeux et pressions qu'elles associent à leur choix d'allaitement « la pression qu'elles se mettent aussi, d'essayer aussi de les faire réfléchir là-dessus » (E3-72) y compris l'influence de la pression sociale.

2-2-1-2 Concernant le nourrisson

Le recueil des informations concernant le nourrisson a été peu développé lors des entretiens. Un médecin s'est intéressé à l'âge du nourrisson afin de rechercher une poussée de croissance physiologique qui majorerait ses besoins « l'âge c'est hyper important pour moi parce que du coup, dans une poussée de croissance, tu peux avoir une petite problématique » (ED-4).

Les médecins interrogés ont recherché en priorité les causes possibles d'insuffisance pondérale telles que des signes fonctionnels d'une éventuelle pathologie organique sous-jacente « je vais interroger la maman, déjà s'il y a des signes cliniques particuliers (...) pour le nourrisson, s'il y a des points d'appel » (E2-3), une insuffisance d'apport liée à des régurgitations ou encore un excès de pertes lié à des diarrhées.

Les conséquences d'une insuffisance pondérale et en particulier les signes de déshydratation n'ont le plus souvent pas été recherchés à l'interrogatoire. Un médecin a interrogé la mère sur le nombre de couches mouillées pour évaluer l'état d'hydratation du nourrisson « j'interroge toujours sur le nombre de selles et de couches mouillées, c'est un très bon indicateur » (EA-39).

2-2-1-3 Concernant l'allaitement maternel

Quelques médecins ont interrogé la mère sur ses expériences antérieures « si elle a déjà allaité auparavant ou pas, son expérience de l'allaitement qu'elle a par le passé » (E1-1) et ses connaissances en matière d'allaitement maternel « qu'est-ce que la maman a appris sur l'allaitement » (EA-16).

L'ensemble des médecins a réalisé un recueil précis des modalités techniques de l'allaitement maternel afin de rechercher les erreurs simples pouvant expliquer une insuffisance pondérale « c'est la première chose, voir s'il y a des grosses erreurs au niveau de l'allaitement et donc interroger la maman évidemment sur son allaitement » (ED-10). Ils ont interrogé la mère sur :

- les conditions de déroulement des tétées « on essaye d'évaluer dans quelles conditions elle allaite le bébé » (E5-55),
- le rythme et la fréquence (à la demande ou à heure fixes) « le mode de l'allaitement de la maman, est ce qu'elle allaite à la demande, est ce qu'elle est ultra-stricte » (ED-5),
- le nombre de tétées,

- leur durée,
- la position et l'attitude du nourrisson au sein « comment elle positionne son enfant » (EC-52), « est-ce qu'il tète facilement au début et puis en fait, il s'épuise » (E3-33),
- la qualité de prise du sein « est-ce qu'il ne prend pas parce qu'il a du mal à se mettre au sein » (E3-18), de succion et de déglutition « est-ce que l'enfant déglutit » (ED-14),
- si la mère donne un sein ou les deux,
- les ressentis éventuels de difficultés ou de douleurs lors des tétées « le ressenti de la maman, savoir si elle a l'impression que l'enfant prend bien le sein » (E8-42).

2-2-2 Examen clinique

2-2-2-1 Du nourrisson

Les médecins interrogés réalisaient un examen complet et systématique du nourrisson.

Certains médecins utilisaient le carnet de santé et réalisaient la courbe pondérale dans le but d'objectiver la réalité de l'insuffisance de prise pondérale « je vais ouvrir déjà le carnet de santé et je vais regarder le poids de naissance, le poids de sortie et je vais regarder la courbe de poids (...) je vais voir une évaluation objective du poids parce que des fois le ressenti et la réalité objective sont différents » (E2-2).

Peu de médecins ont recherché des signes éventuels de gravité. Parmi eux, la plupart ont évalué l'urgence potentielle de la situation par l'état général du nourrisson. D'autres ont recherché les signes de déshydratation « regarder s'il n'y a pas de signe de déshydratation » (EE-55). Certains ont exprimé leur méconnaissance des signes de gravité à rechercher « sinon des signes vraiment d'alerte, non je... là comme ça, je... ça ne me vient pas à l'idée, non » (E4-42).

Au contraire, les médecins ont été nombreux à évoquer la recherche d'une éventuelle pathologie organique sous-jacente pouvant être à l'origine de l'insuffisance pondérale « j'aurais tendance à rechercher des maladies somatiques, sachant que l'allaitement ça peut être une raison, notifiée par la maman, pour une perte de poids, mais il ne faut pas oublier que ça peut être lié à autre chose » (E8-9) : une infection, une pathologie buccale, digestive, neurologique ou cardiovasculaire « j'essaye de voir la bouche est-ce qu'il n'y aurait pas un muguet, des problèmes qui l'empêcheraient de téter, un examen neurologique pour voir est-ce qu'il n'aurait pas une hypotonie suspecte ...un examen de l'abdomen (...), l'examen général cardio-vasculaire aussi » (EB-11).

Ils ont été nombreux à exprimer leur angoisse de ne pas détecter un problème médical grave ou une pathologie organique sous-jacente « est ce que je ne suis pas passée à côté de quelque chose? » (EC-17), considéré comme un de leurs rôles en tant que médecin généraliste « comment je perçois mon rôle...euh...mon rôle c'est de détecter s'il y a un gros problème » (ED-51).

2-2-2-2 De la mère allaitante

Le plus souvent cet examen s'est limité à l'examen des seins, recherchant une pathologie mammaire (infectieuse ou lésionnelle) pouvant être à l'origine de l'insuffisance pondérale « j'examine aussi la maman, je regarde si elle a des crevasses, une lymphangite, quelque chose qui pourrait gêner la lactation » (E3-29) ou encore une morphologie mammaire non favorable à l'allaitement « il faut regarder le mamelon, la forme du mamelon, parce qu'il y a des mamelons qui sont pas bien, qui sont pas assez, comment dire saillants » (E2-18).

D'autres n'ont réalisé l'examen des seins que sur demande de la mère, considérant qu'il avait déjà été réalisé à la maternité « j'essaie de savoir si elle veut que j'examine les seins, voilà, les seins souvent ils ont été vus avant à la maternité » (E8-50).

Certains médecins ont réalisé un examen général de la mère et contrôlé son évolution pondérale « je m'occupe beaucoup de la fatigue de la maman, parce que je me rends compte que moi j'ai beaucoup de mamans qui allaitent qui perdent du poids » (EC-110).

2-2-2-3 D'une tétée

L'observation d'une tétée lors de la consultation a été évoquée par certains médecins, leur permettant d'observer la mise au sein, les positions de l'enfant et de la mère, leurs comportements ainsi que l'efficacité de la succion « je mets le bébé au sein, et on regarde comment ça se passe, le positionnement, s'il déglutit, son comportement au sein » (E2-62).

D'autres ont essayé de détecter d'éventuelles erreurs lors des tétées sans savoir véritablement quoi rechercher par manque d'expérience « effectivement au cours de la consultation tu peux faire téter le nourrisson, c'est toujours bien, en sachant que j'en ai pas vu des masses moi des nourrissons qui tètent bien, si j'ai l'impression que la mère n'a pas mal, que le nourrisson a l'air de téter correctement, bon je me dirais ça m'a l'air bien » (E1-26).

2-2-3 Examen para clinique

La plupart des médecins n'ont pas réalisé d'examen complémentaire en première intention. Un médecin a proposé un bilan biologique systématique du nourrisson « après j'avoue que je fais systématiquement un bilan sanguin » (EB-7).

2-3- Prise en charge

2-3-1- Accompagnement et réassurance de la mère allaitante

Les médecins ont considéré jouer un rôle d'accompagnement et d'éducation des mères allaitantes, par l'apprentissage des pratiques de l'allaitement et de la maternité « toutes ces petites choses qui sont de l'aiguillage de maternage » (EA-45). Ils ont ajouté la nécessité de recadrer les conseils provenant de sources multiples déjà donnés aux mères « elles sont perdues dans tous les conseils qu'on leur a donné...peut être qu'on joue un rôle de recadrage un petit peu » (EE-4).

Certains médecins ont souligné l'importance de la participation active de la mère allaitante « essayer de construire ensemble leur allaitement avec ce bébé-là » (E3-74), sous la forme d'un partenariat médecin-patiente pour trouver les solutions les plus adaptées « ça demande un travail plus approfondi avec la maman, trouver des solutions avec la maman » (E5-16), toujours en fonction de son désir de poursuivre ou non l'allaitement « en essayant de toujours privilégier l'allaitement si vraiment je sens que la maman désire allaiter son bébé » (EC-87).

Les médecins ont considéré qu'ils avaient un rôle important d'écoute des mères allaitantes au cours de la consultation, en leur permettant notamment d'exprimer leurs angoisses « une écoute la plus ouverte possible qui puisse permettre à la maman d'exprimer du coup toutes ses peurs » (E7-11). Ils ont insisté sur l'importance d'instaurer un climat de confiance pour que les mères puissent se confier sans crainte de jugement « avant qu'elles nous décrivent réellement ce qui se passe, il faut les apprivoiser (...) parfois elles ont peur un peu de ce qu'elles vont dire aux professionnels de santé parce qu'elles ont peur parfois d'être un peu jugées » (E5-95).

La réassurance et le renforcement affectif de la mère sont apparus essentiels aux médecins parce qu'elle se trouvait dans une période de fragilité psychique et émotionnelle « je sais que c'est une étape de la vie où il y a extrêmement de fragilité » (ED-68). Ils ont évoqué l'importance de restaurer la confiance en soi maternelle, en particulier s'il s'agit d'un premier allaitement « la plupart du temps, c'est de l'anxiété surtout chez les nouvelles mamans qui ne savent pas trop, qui ont besoin de gagner en confiance » (E8-12). Certains ont exprimé beaucoup de compassion devant la fragilité et parfois la souffrance maternelle inattendue dans une période de vie considérée comme source de bonheur et satisfaction « ça me pèse un peu quand même, je suis toujours embêté qu'il y ait ces problèmes-là qui surviennent, qui sont quand même très mal vécus par les mamans, pour moi c'est difficile ça » (E6-52). Ils ressentaient une empathie parfois exacerbée envers les mères allaitantes « il y a une empathie qui est peut-être un petit peu exacerbée sur ces consultations-là » (EE-7).

2-3-2 Solutions proposées

Dans un premier temps, les médecins ont corrigé les principales « erreurs » mises en évidence « c'est la première chose, voir s'il y a des grosses erreurs au niveau de l'allaitement et les corriger » (ED-10) et pris en charge les éventuelles pathologies organiques diagnostiquées (soins locaux en cas de mycose buccale ou prise en charge d'une lésion mamelonnaire) « les conseils peut être de soins locaux pour le petit si il y a des problèmes de mycose buccale » (E7-94).

Puis, ils ont proposé un panel large et divergent de solutions :

- La poursuite de l'allaitement maternel exclusif « oui, par rapport au bénéfice qui sont à priori à l'allaitement, ça serait essayer de poursuivre coûte que coûte l'allaitement dans un premier temps » (E8-58).
- La proposition d'un allaitement mixte « l'allaitement mixte ça peut être une option » (E7-99).
- L'arrêt de l'allaitement maternel « moi je suis plutôt dans une situation de les sortir assez rapidement de là, de leur proposer de passer à l'allaitement artificiel » (E6-33).

2-3-2-1 Poursuite de l'allaitement maternel exclusif

La poursuite de l'allaitement maternel exclusif a été la solution la plus fréquemment proposée. Le degré d'insistance a été variable en fonction des médecins, allant de l'encouragement à une incitation franche.

En effet, certains médecins ont exprimé très clairement leur avis personnel favorable à l'allaitement maternel et sa poursuite y compris en cas de difficultés pondérales « j'essayais de lui expliquer les bienfaits, les avantages de l'allaitement maternel, que j'étais très favorable moi à titre personnel là-dessus et donc je mettais ça en avant » (EF-10).

Les conseils proposés ont été nombreux. Tout d'abord, des conseils généraux donnés à la mère tels que le repos, la bonne alimentation ainsi que l'hydratation suffisante.

Mais aussi des conseils concernant les modalités techniques d'allaitement maternel.

Certains conseils ont été similaires quelques soit les médecins :

- Allaiter dans de bonnes conditions, au calme, dans l'intimité, de façon détendue « qu'elle soit aussi dans un endroit où elle est plutôt calme, détendue » (E3-42).
- Proposer un allaitement à la demande de l'enfant « lui demander de faire un allaitement à la demande, au maximum » (ED-29).

- Apprentissage de la mise au sein et des positions correctes de la mère et de l'enfant « l'apprentissage de la position correcte et de la bonne succion elle est fondamentale, ça se règle en une séance et dès que la maman a compris, c'est parti » (EA-25).

D'autres conseils ont été au contraire divergents en fonction des médecins interrogés :

- Certains ont proposé une mise au sein la plus fréquente possible en stimulant l'enfant au maximum et en lui proposant le sein avant les pleurs « mettre le bébé au sein le plus possible (...) je leur dis de les mettre au sein vraiment beaucoup beaucoup...c'est le conseil le plus important » (EE-71). D'autres ont déconseillé aux mères de donner le sein trop fréquemment au risque d'avoir des tétées non nutritives et de donner de mauvaises habitudes au nourrisson « il y a des mères qui ont l'enfant pendu au sein toute la journée et ça n'a plus de sens parce que le sein devient une sucette et je pense que les enfants ne sont pas nourris en réalité » (E6-18).
- Certains ont recommandé aux mères de réveiller le nourrisson la nuit, d'autres non.
- Certains ont conseillé de ne donner qu'un seul sein à chaque tétée, d'autres ont proposé de donner les deux.
- Certains ont conseillé une durée fixe d'allaitement « laisser au sein 20 minutes » (E5-98).
- Certains ont conseillé l'utilisation de bouts de sein en cas de lésion mamelonnaire ou de mamelon pas assez saillant alors que d'autres l'ont vivement déconseillé afin d'éviter l'insuffisance de production lactée « quand elle nous dit oui on m'a collé les bouts de sein à la maternité dès le départ (...) une première chose c'est déjà d'enlever ça » (EE-69).
- Concernant les compléments de lait maternel recueillis à l'aide du tire lait, les opinions des médecins interrogés ont été très divergentes. Certains l'ont proposé notamment en cas d'asthénie du nourrisson « éventuellement je proposerais le tire-lait si on a un nourrisson qui est un peu paresseux ou qui dort un peu trop, ne pas hésiter à se tirer le lait » (E2-14). Selon eux, cette solution présentait plusieurs avantages : aider à la succion, évaluer la quantité de lait produite par la mère et celle prise par l'enfant mais aussi stimuler la lactation. D'autres étaient au contraire réticents car ils considéraient que c'était fatiguant pour la mère, peu gratifiant « on a un peu l'impression de se transformer en vache laitière » (E3-58) et très à risque de freiner l'allaitement du fait de l'utilisation du biberon et du risque de confusion sein-tétine.

Enfin certains médecins n'ont pas donné de conseils spontanément mais ont répondu aux interrogations des mères « E : est-ce que vous donnez des conseils à la maman pour améliorer la prise de poids? B : non pas particulièrement, si elle me posait une question j'y répondais mais généralement non (...) il n'y avait pas de conseils particuliers » (EF-22).

D'autres ont reconnu ne pas savoir quels conseils donner « j'avoue que je n'ai pas de solutions, je ne me souviens plus de ce que je donnais comme conseils dans ces cas-là, non je ne sais plus, non j'avoue je ne sais plus » (EB-25).

2-3-2-2 Proposition d'un allaitement mixte

Certains médecins ont proposé un allaitement mixte par l'ajout de complément de lait artificiel mais uniquement dans certaines situations : des difficultés de succion, une insuffisance pondérale sévère du nourrisson, une diminution de la lactation ou une lésion mammaire « si le nourrisson vraiment il y a une prise de poids qui est vraiment pas, vraiment pas correcte, à ce moment, on va supplémenter » (E2-23), « une maman qui a des seins qui sont un peu abîmés voilà donc on passe au complément de lait artificiel » (E5-106).

D'autres l'ont déconseillé car l'enfant risquait de se détourner de l'allaitement maternel par préférence du lait artificiel et confusion sein-tétine « l'allaitement mixte je pense que c'est un danger si le souhait de la maman est vraiment de maintenir l'allaitement maternel, parce qu'on risque d'en sortir » (E7-99), « on peut envisager l'allaitement mixte mais l'enfant a une facilité avec le biberon qui fait qu'il se détournera de la difficulté de la tétée » (E7-99).

2-3-2-3 Arrêt de l'allaitement maternel

Certains médecins ont proposé rapidement l'arrêt complet et définitif de l'allaitement maternel « moi je n'insiste pas pour poursuivre, souvent de moi-même je propose l'allaitement artificiel » (E6-25).

Une partie d'entre eux a réservé cette décision aux situations les plus extrêmes telles qu'une perte de poids sévère ou un épuisement physique et psychologique de la mère « si ça les met dans des états trop difficiles les mamans je leur dis mais arrêtez, enfin vous êtes pas obligées quoi, réfléchissez (...) si le bébé ne va pas bien, si la maman ne va pas bien, enfin voilà au bout d'un moment on leur dit, écoutez peut être que l'on peut envisager le biberon » (E5-118).

D'autres l'ont proposé comme une solution de facilité, même si cela n'était pas indispensable « peut être que c'est récupérable dans certaines situations mais j'essaie pas toujours de récupérer en fait » (E6-29). Ce choix s'est accompagné d'un sentiment de lâcheté « c'est un petit peu lâche peut être ce que je fais » (E6-30). Selon eux, le relais par lait artificiel permettrait une reprise de poids rapide de l'enfant et serait une solution rassurante pour la mère préservant ainsi son état de santé « souvent de moi-même je propose l'allaitement artificiel, parce que rapidement les enfants prennent du poids avec l'allaitement artificiel, et les mamans sont rassurées, elles vont mieux, il y va quand même de la santé de la maman » (E6-27).

Enfin, ce serait une situation plus facile à gérer pour le médecin qui pourrait alors reprendre le contrôle de la prise en charge « avec l'allaitement artificiel on redonne du pouvoir médical peut être, parce qu'on contrôle mieux les doses qu'il faut donner etc, peut être que le fait de proposer facilement l'allaitement artificiel, c'est aussi une reprise en main médicale, alors que l'allaitement maternel quand il se passe bien, moi je me sens un peu exclu médicalement... » (E6-63).

Au contraire, les médecins ayant exprimé un avis extrêmement favorable à l'allaitement maternel se sont sentis en difficultés émotionnellement en cas de nécessité d'arrêter cet allaitement « je m'en rendais compte que ça me coûtait souvent de leur dire qu'il allait falloir arrêter » (EF-52). Ils ont ressenti de la déception dans leur prise de décision « E: vous iriez jusqu'à dire que vous viviez comme un échec de devoir mettre un terme à l'allaitement? B: non pas comme un échec, non le terme est un peu fort me semble-t-il mais enfin une déception personnelle » (EF-55) car ils étaient convaincus des moments de bonheur que l'allaitement représente pour la mère et son enfant.

2-3-3 Recours à un avis spécialisé

Certains médecins n'ont pas adressé le nourrisson vers un spécialiste en première intention « je prendrais un avis pédiatrique dans un troisième temps, ce qui amène tout de même du coup entre le dépistage et l'avis spécialisé à un délai, sauf inquiétude de un ou deux mois » (E7-132). Un d'entre eux pensait que la multiplication des avis était inutile et risquait de désorienter la mère « le problème c'est d'avoir trop d'avis (...) la maman elle ne sait plus qui écouter » (E3-26).

Cependant, la plupart des médecins ont évoqué rapidement la possibilité d'un avis spécialisé « j'avais tendance à déléguer rapidement au spécialiste » (EB-27).

Les raisons évoquées ont été nombreuses :

- avoir des conseils sur les modalités pratiques d'allaitement « souvent je conseille aux mamans quand même de voir aussi avec la sage-femme par rapport au côté mécanique simplement de l'allaitement » (E4-41),
- éliminer une cause organique sous-jacente, en cas de suspicion à l'examen clinique ou en l'absence de points d'appel « quand on adresse les enfants, c'est qu'on suspecte une origine, enfin une pathologie qui explique que le bébé ne prenne pas de poids, une pathologie digestive ou autre, ou neurologique, qui fait qu'il ne peut pas s'alimenter correctement » (E5-51),
- en cas de signes de gravité « si je tombais face à un nourrisson qui a perdu je sais pas... 10% du poids du corps et que c'est un nourrisson qui fait déshydraté, qui fait hypotonique tout ça, là c'est sûr que je dirais, bon vous allez au moins voir un pédiatre » (E1-18),
- enfin, rassurer les parents les plus inquiets.

Les spécialistes choisis ont été extrêmement variables selon les médecins : sage-femme, pédiatre, médecin de PMI, confrère généraliste spécialisé en allaitement ou encore ostéopathe en cas de troubles de la succion. Un médecin homme a conseillé de consulter éventuellement une médecin femme, s'il repérait une gêne de la mère lors de l'examen.

En cas de pathologie sous-jacente ou de signes de gravité, l'hospitalisation en urgence a été évoquée « ça peut être vraiment des critères d'hospitalisation si le nourrisson a perdu vraiment beaucoup de poids, s'il fait vraiment déshydraté, hypotone, si vraiment j'avais des signes de gravités cliniques, là ce serait différent » (E1-19). Le lieu d'hospitalisation est variable selon les médecins.

Adresser l'enfant à un confrère ou en hospitalisation a permis de rassurer de nombreux médecins en cas de doutes sur l'évolution de la situation.

2-3-4 Suivi proposé

L'ensemble des médecins interrogés ont proposé à la mère de réévaluer à distance la situation afin de réévaluer le nourrisson, l'allaitement mais aussi de laisser émerger d'éventuelles problématiques familiales sous-jacentes « on va se revoir régulièrement pour le peser et surveiller les choses » (E1-21), « souvent sur la première consultation le motif c'est le poids de l'enfant et puis peut-être qu'en revenant, il y a d'autres choses qui vont émerger, est ce qu'il y a une problématique anxieuse? Un baby blues? » (ED-36).

Le rythme de suivi a été extrêmement variable selon les médecins, allant de 24 heures « très souvent le lendemain je retéléphone » (EA-29) à 15 jours « je reprogramme une consultation, allez, d'ici une quinzaine de jours pour voir un peu l'évolution » (E8-51).

Certains ont pensé devoir laisser du temps afin que le poids évolue spontanément, d'autres ont souhaité réévaluer le nourrisson très régulièrement devant le risque d'aggravation rapide « ça peut aller vite, les nourrissons qui sont pas bien nourris, ils sont crevés, du coup comme ils sont crevés, ils n'arrivent plus à téter et ils perdent encore plus de poids » (E1-22). Devant des signes cliniques inquiétants, la surveillance rapprochée a été une stratégie de réassurance pour les médecins.

De nombreux médecins avaient une grande confiance dans l'amélioration de la situation. Ils ont exprimé avoir confiance dans les capacités innées du nourrisson « j'ai foi dans les capacités des nouveaux nés » (E3-84), et dans les solutions qu'ils proposaient aux mères « finalement ce que je propose fonctionne, donc c'est que ça va, je me sens à ma place » (E7-22). Ils étaient également convaincus que si l'allaitement maternel était la cause de l'insuffisance pondérale, les difficultés pondérales se résolvent avec des conseils simples « la plupart du temps, c'est de l'anxiété surtout chez les nouvelles mamans qui savent pas trop, souvent c'est des choses qui se règlent d'elles-mêmes finalement... si c'est un problème lié à l'allaitement on trouve toujours » (E8-12).

Dans l'attente d'une réévaluation, certains médecins ont proposé un suivi pondéral au domicile grâce à la location d'une balance, en éduquant la mère sur la fréquence des pesées et la prise de poids théorique du nourrisson. D'autres au contraire se sont montrés opposés à l'utilisation de la balance à domicile, considérée comme inutile et anxiogène « après la balance, je préfère lui donner rendez-vous régulièrement que de la laisser seule face à une balance » (EC-97).

3- Analyse thématique des ressentis des médecins généralistes

3-1 Ressentis lors de la consultation

Les médecins interrogés ont présenté des difficultés à verbaliser leurs ressentis lors de ces consultations. Certains ont exprimé se sentir à l'aise dans ces consultations notamment lorsque l'enfant ne présentait pas de signe de gravité clinique « le bébé est.. si cliniquement il va bien, déjà c'est rassurant » (E5-67), mais aussi parce que le contact avec le nourrisson était pour eux source d'émotions positives « toujours très agréable de voir les tout petits ça a un côté très apaisant, d'avoir un tout petit bébé contre soit, ça dégage une zénitude » (E3-108).

D'autres ont exprimé se sentir en difficulté pour différentes raisons: en présence d'éléments cliniques inquiétants chez l'enfant, par le sentiment d'être dépassé par la situation globale, par le sentiment d'être démobilisé par des facteurs extérieurs « parce que ...ce qui peut vraiment générer de l'anxiété, c'est si vraiment la situation part dans tous les sens, si la maman n'est pas bien, si l'enfant n'est pas bien, qu'elle te met la pression, tu vois que l'enfant n'est pas bien et que tu n'arrives pas à ...il y a des jours comme ça où, tu es en retard, tu as une situation qui est catastrophique, tu as un coup de téléphone en plus , bon...là ça, ça peut être générateur d'angoisses, parce que tu peux être démobilisé pour plusieurs raisons et ça peut être un peu anxiogène » (ED-73) ou encore le fait d'être perturbé par la présence ou l'absence du père.

Ce sentiment d'angoisse a été majoré chez certains médecins lorsqu'ils avaient le sentiment de ne pas avoir pris les bonnes décisions « non il ne doit pas faut pas qu'il ressorte et que je me dise mince il est vraiment juste j'ai ...j'ai peut-être pas pris la bonne décision, si je suis angoissée c'est que je n'ai pas pris la bonne décision donc non je fais en sorte de ne pas l'être » (EE-15). Ils se sont sentis plus angoissés en cas d'absence d'adhésion maternelle « ce qui m'inquiète c'est quand les conseils ne sont pas suivis, quand il n'y a pas d'adhésion à ce qu'on peut dire, parce qu'il y a parfois des mamans qui pensent qu'elles font bien et qui sont pas très accessibles aux conseils » (E5-26), ou si la mère n'avait pas conscience des problèmes de poids de son enfant « si je me place dans un contexte où c'est moi le médecin qui me rend compte alors que la maman ne s'en est pas rendue compte, donc là c'est un peu plus difficile à aborder psychologiquement » (EC-59).

Enfin, certains médecins ont exprimé une volonté de neutralité affective dans l'évaluation et la

prise en charge de la situation. Ils ne souhaitent pas s'impliquer émotionnellement pour ne pas manquer de professionnalisme « on essaye de rester professionnel » (EB-50), et pour ne pas transmettre ses émotions, voire ses angoisses, à la mère « si tu es inquiète, tu vas transférer ton inquiétude auprès de la maman, et c'est pas bien du tout, ah non non non ...» (EC-23).

3-2 Ressentis spécifiques liés au genre

Tout d'abord, certains médecins hommes ont remarqué que le fait d'être un homme pouvait représenter un frein à aborder l'allaitement maternel au cours de la consultation du nourrisson « on est deux associés hommes S : vous pensez que ça puisse avoir un impact ça? B : oui je pense, vraiment » (E8-22).

L'implication affective des médecins femmes, notamment par projection de leur propre vécu personnel d'allaitement, a été évoquée « peut-être que les femmes peuvent se projeter sur leur vécu... je pense que c'est beaucoup plus intime chez la femme quoi, le ressenti de l'allaitement » (E2-34). Certains médecins hommes ont remarqué que leurs consœurs faisaient fréquemment des projections inconscientes de leur vécu personnel dans ce type de consultation « peut-être que les femmes peuvent se projeter, peut-être, sur leur vécu, ...elles ne peuvent pas s'empêcher des fois » (E2-34).

Certains considèrent que cette implication permet une amélioration de la prise en charge et une meilleure empathie, d'autres au contraire que cela les empêche d'avoir une vision objective de la situation en cours.

En revanche, certains médecins hommes ont verbalisé avoir une implication affective moindre par rapport à leurs consœurs. Ils ont exprimé que le fait d'être d'un homme et de ne pas avoir de vécu propre de l'allaitement seraient à l'origine d'une empathie moins importante « je suis un homme donc j'ai pas un manque de légitimité mais j'ai pas la prétention en tous cas d'être une femme et de...de pouvoir être en empathie totale au sens de me mettre à la place d'une femme, je ne peux pas lui apporter ça » (ED-61). Cette neutralité affective serait favorable à une analyse objective de la situation « peut-être que les médecins femmes doivent être, je sais pas peut être qu'elles sont moins neutres, enfin, peut être le fait d'être un homme rend plus neutre » (E2-33) et permettrait selon eux une meilleure prise en charge « pour essayer de sortir de cette dimension voilà affective dans laquelle souvent les femmes se trouvent » (ED-62).

Certaines médecins femmes ont considéré que l'absence de vécu propre de l'allaitement du fait d'être un homme limitait la possibilité de donner des conseils pratiques.

Certains médecins hommes se sont sentis mal à l'aise dans ce type de consultation notamment à cause de la gêne ressentie lors de l'examen clinique de la mère « j'essaie, on a tous notre attitude, mais du coup voilà je le dis et ça se voit certainement sur mon visage déjà, je peux être mal à l'aise à avoir à examiner une femme nue » (E7-21) ou lors de l'examen d'une tétée « moi la seule chose qui peut-être un petit peu gênante avec l'allaitement et du fait que je suis encore un peu jeune, en tous cas physiquement, c'est que c'est parfois difficile de leur faire faire une tétée devant moi » (ED-63). Cette gêne était exacerbée pour les médecins de la même tranche d'âge que la mère « je me sens mal à l'aise, un je ne suis pas une femme, deux j'ai vaguement la tranche d'âge de mes patientes » (E7-20). Ce ressenti a généré parfois de la retenue dans la réalisation de l'examen clinique « je suis mal à l'aise aussi parce que je me retiens toujours » (E7-21). Certains médecins ont été vigilants à cette gêne éventuelle ressentie par la femme « examiner une patiente déshabillée c'est pas toujours simple, ça peut

être mal vécu» (E7-21).

3-3 Ressentis liés au manque de formation

De nombreux médecins ont corrélé leurs difficultés de prise en charge avec leur manque de connaissances et de formation sur l'allaitement maternel « il y a un malaise parce que je n'ai pas assez de formation » (E7-23), se sentant parfois affligés par cet état de connaissances « je me suis rendu compte à quel point on était nul mais nul et j'ai trouvé ça assez affligeant d'avoir aucune connaissance sur un domaine qui nous concernait quand même et qui était quand même globalement pas très compliqué» (ED-107).

D'autres ont exprimé un sentiment de frustration devant leur manque de formation initiale « je trouve que dans la formation initiale ça manque quand même pas mal la formation à l'allaitement, il y a plein de médecins qui ne savent pas comment ça marche du tout, je trouve ça un peu dommage » (E3-117) ou complémentaire « je manque certainement d'informations et ça me manque mais je ne me forme pas assez » (E7-29).

Certains médecins ont estimé que leur formation ne leur a pas permis d'acquérir une vision objective de l'allaitement maternel car elle n'en a présenté que les points positifs « je n'ai pas eu de balancier me montrant le pour et le contre » (E7-28). Ils avaient le sentiment d'un manque de preuves scientifiques pour orienter les mères allaitantes dans leur choix d'allaitement puis les soutenir dans ce choix en cas de difficultés rencontrées « je suis très mal à l'aise parce que je n'ai aucune preuve scientifique carrée jusqu'à ce jour, du côté néfaste de l'allaitement artificiel par rapport à l'allaitement maternel ou du bénéfique vraiment fondé scientifiquement de l'allaitement maternel face à l'allaitement artificiel » (E7-26). De plus, certains ont évoqué avoir reçu des informations concernant l'allaitement maternel fortement influencées par certains lobbies « la formation que j'ai reçue était une formation orientée par la Lèche League, la Lèche League est tout de même une association qui n'est pas scientifique et qui est tout de même une, c'est tout de même un lobby politique et religieux américain » (E7-27). Ils se sont alors sentis en difficultés pour se positionner sur la question de l'allaitement maternel face aux mères allaitantes à cause de ce lobbying « il y a un lobby qui me dérange et voilà donc je suis mal à l'aise vis à vis de ce côté-là, de savoir où me placer » (E7-31).

4- Analyse de l'influence de l'expérience personnelle sur la pratique professionnelle

4-1 Absence d'influence de l'expérience personnelle sur la pratique professionnelle

De nombreux médecins ont constaté une absence d'influence de leur expérience personnelle d'allaitement maternel sur leur pratique professionnelle « j'ai pas l'impression que ça ait influencé, c'est deux choses à part » (EF-67), ni sur leurs ressentis.

Par ailleurs, certains médecins ont souhaité que leur expérience personnelle n'influence pas leur pratique « il ne faut pas que ça influence sur le fond, à mon sens....après on fait ce qu'on peut, mais il ne faudrait pas en tous cas » (EE-37), notamment ne pas transposer leur propre vécu sur la situation en cours « j'essaie de pas recalquer les choses, de pas calquer son propre ressenti » (E3-95). Nombreux ont choisi de ne pas raconter leur propre allaitement ni de répondre aux questions des patientes à ce sujet « mon expérience que je ne raconte pas auprès des patientes bien sûr » (E4-79).

4-2 Influence de l'expérience personnelle sur la pratique professionnelle

De nombreux médecins interrogés ont reconnu que leur expérience personnelle d'allaitement maternel, ou celle de leurs épouses influençait leur pratique professionnelle « Est ce que ma pratique personnelle a influencé? Alors je, pour tout vous dire mon expérience personnelle de parent, oui quand même » (E6-81). Ils ont davantage encouragé leurs patientes à l'allaitement maternel « c'est sûr que du coup j'encourage les gens à allaiter toujours...j'essaye d'insister...j'essaye de la convaincre » (EB-46).

Selon eux, cette expérience personnelle n'était pas indispensable mais leur permettait d'améliorer leur prise en charge des situations d'allaitement maternel compliquées « je pense que c'est plus intéressant de l'avoir vécu, je pense qu'on peut le comprendre sans l'avoir vécu aussi, je ne dis pas que c'est nécessaire » (E2-62) et d'avoir une meilleure compréhension de la psychologie maternelle « j'ai vu les conséquences psychologiques chez la maman, je pense que ça me sert à mieux comprendre la situation de la femme, psychologiquement à mieux la comprendre » (E2-61). Elle améliorerait leurs capacités de réassurance des mères allaitantes « ça influence surtout mon mode de réassurance, parce que j'essaye vraiment de les booster au niveau de leur confiance en elles, et de leur capacité à allaiter » (EE-35). Les médecins ont remarqué que leur expérience personnelle mettait les mères en confiance « les mamans voient que.... j'ai fait et je pense qu'elles entendent un message » (E4-90).

Les médecins se sont sentis plus sereins grâce à cette expérience « je suis beaucoup plus sereine » (E5-43), avec de meilleures capacités de bienveillance « je pense qu'on a une écoute beaucoup plus, bienveillante, vous voyez, bienveillante et tolérante avec les mamans » (E5-44).

Ils ont également proposé des conseils pratiques déjà expérimentés personnellement aux mères allaitantes. Cependant, ils ont été attentifs à ne pas les imposer « je pense que j'ai changé ma pratique parce que justement il ne faut pas vouloir à tout prix enfin d'essayer d'imposer parce que pour nous ça a marché, je crois que c'est multifactoriel » (EC-10).

En revanche, chez certains médecins, la souffrance maternelle dans certaines consultations a réveillé en eux des souvenirs personnels douloureux « E: vos émotions sont en lien avec votre histoire...c'est vrai que quand je vois une maman avec les seins en sang, en pleurs, un bébé qui ne prend pas de poids, la pédiatre de la maternité qui lui a hurlé dessus parce qu'elle a refusé les compléments...oui ça fait...ça renvoie à certaines choses, ça fait écho à mon expérience personnelle » (EE-10). Ils ont alors essayé d'adopter en tant que soignant l'attitude qu'ils auraient souhaité recevoir dans leur propre expérience « il y a des fois où je me dis que j'aurais bien aimé qu'on m'aide... de cette façon-là ...j'essaye de faire ce que je n'ai pas reçu pour moi (larmes aux yeux) » (EE-9), avec une empathie souvent exacerbée « j'ai d'autant plus à cœur de l'aider (sourire) » (EE-9).

Enfin, certains médecins ayant vécu une expérience personnelle difficile ont constaté avoir des a-priori négatifs « vous avez eu des expériences à la fois personnelles et professionnelles difficiles. P : oui totalement, alors c'est pour ça, ma vision à moi de l'allaitement maternel, elle ne correspond pas du tout à cette vision idéale qu'on vend un peu partout » (E6-71) « j'avais peut être pas un a priori moi déjà négatif » (E6-71) et une vision compliquée de l'allaitement maternel « je me suis dit finalement cet allaitement maternel mais c'est compliqué » (E6-73).

4-3 Ressentis liés à l'absence d'expérience personnelle

Certains médecins se sont sentis en difficultés en raison de l'absence d'expérience personnelle d'allaitement maternel « oui c'est ça aussi le malaise, ah totalement, justement par le malaise qui fait que du coup je ne suis pas assez expérimenté » (E7-44). Ils se sont sentis limités dans leur prise en charge et ont souvent proposé plus rapidement un avis spécialisé « du coup j'ai parfois tendance à dire aux dames qui veulent plus de conseils que ce que je suis capable de leur donner de se tourner vers la sage-femme » (E7-45) ou un relais par un allaitement artificiel « il y a un moment où je bloque, oui et où ma réponse revient à la réponse un peu bête et méchante d'allaitement artificiel parce que il y a peut-être des petites astuces que je n'ai pas » (E7-47).

D'autres médecins, au contraire, ont exprimé que l'absence d'expérience personnelle n'avait pas d'impact sur leur pratique « dans quelle mesure est-ce que vous pensez que le fait de ne pas avoir d'expérience puisse avoir un impact sur votre façon de faire? B : non je ne pense pas, je ne crois pas » (E8-16), ou ont supposé qu'une telle expérience n'améliorerait pas leur pratique « je ne crois pas que je serais plus fort si j'avais des enfants » (E8-16).

5- Analyse de l'influence des expériences professionnelles sur l'attitude pratique

Le manque d'expérience professionnelle a également été évoqué comme source de difficultés de prise en charge « j'ai quelques petits conseils mais je manque d'expérience pour pouvoir orienter mieux les patientes » (E7-46) mais aussi comme source de frustration par certains médecins.

Les médecins se sont accordés sur le fait que la richesse des expériences professionnelles leur permettait de réduire leurs angoisses dans ce genre de consultation « j'ai fait ça tous les jours enfin pendant 10 ans donc, a priori je ne suis pas inquiète quand je vois une maman » (E5-11), et de mieux rassurer les mères allaitantes. En effet, les médecins ayant effectué des stages ou travaux en contact avec des mères allaitantes se sont sentis moins en difficulté pour prendre en charge les difficultés psychologiques maternelles « grâce à ma thèse, j'arrive à voir un petit peu ce que peuvent ressentir les femmes, dans quelle dimension, donc quelles sont les problématiques, qu'est ce qui peut se jouer dans ces moments-là, donc ça oui, ça m'a aidé » (ED-106).

IV- DISCUSSION

1- Discussion de la méthode (44–46)

1-1 Les forces de l'étude

Il s'agit d'une étude originale car nous nous sommes intéressées au point de vue des médecins généralistes en étudiant leurs attitudes pratiques mais également leurs ressentis, ce qui est peu retrouvé dans la littérature actuelle. De plus, les études menées sur l'insuffisance pondérale chez un nourrisson allaité sont rares. L'utilisation de la méthode qualitative a permis de mettre en évidence des axes inattendus. Cela lui confère donc un caractère exploratoire et novateur.

À chaque étape de notre étude, nous avons essayé de faire preuve de rigueur et de transparence afin d'assurer la plus grande validité possible des résultats.

1-1-1 Validité interne

La validité interne a été assurée par la réalisation d'un guide d'entretien semi-dirigé.

La triangulation des données a été obtenue grâce à une analyse indépendante des entretiens par chacune des chercheuses. Puis, les résultats ont été confrontés aux données de la littérature.

Enfin, nous avons conservé l'ensemble des traces des changements réalisés en cours d'analyse.

1-1-2 Validité externe

Les participants et les contextes ont été minutieusement sélectionnés et détaillés pour permettre la diversification et la saturation des données.

1-2 Les limites de l'étude

1-2-1 Limites liées aux chercheurs

- Risque d'interaction

Malgré notre volonté de nous présenter en tant que chercheuse, les médecins interrogés étaient le plus souvent au courant de notre statut de médecin remplaçant en médecine générale ce qui a pu influencer leurs discours.

- Risque d'intervention

Nous avons tenté d'être le plus neutre possible lors de la réalisation des entretiens. Cependant nos attitudes et nos reformulations ont pu influencer les participants.

De plus, la façon de mener les entretiens a probablement différé entre les deux chercheuses et pour chaque chercheuse d'un médecin à l'autre malgré l'utilisation du guide d'entretien.

- Risque de déperdition d'information

Il s'agissait, pour chacune d'entre nous, de notre premier travail de recherche qualitative. Malgré une formation préalable et une rigueur tout au long du travail, notre manque d'expérience a pu altérer la qualité des données recueillies lors des entretiens et leur analyse.

- Risque d'analyse et d'interprétation

La méthode qualitative permet l'analyse objective de données subjectives, cependant elle est source de biais d'interprétation. Nous avons pu être influencées par notre histoire et nos représentations personnelles, d'autant plus que l'une d'entre nous a vécu deux grossesses et une expérience d'allaitement maternel pendant la réalisation de la thèse. Nous avons limité cela par l'analyse indépendante de chaque entretien et la confrontation des résultats.

1-2-2 Limites liées au recrutement

Le recrutement étant basé sur le volontariat, les médecins ayant accepté de nous rencontrer étaient a priori intéressés par le sujet et disposés à nous parler de leurs ressentis personnels.

Nous informions les médecins qu'il s'agissait d'un travail sur l'allaitement maternel sans leur donner plus de précision. Cependant, certains médecins, contactés de proche en proche, avaient été informés du thème d'insuffisance pondérale chez un enfant allaité, ce qui a pu engendrer une recherche d'information préalable sur le sujet, sans que nous en ayons la certitude.

Un certain nombre de médecins interrogés étaient des maîtres de stage universitaire au DUMG. Nous pouvons penser qu'il s'agit d'une limite en supposant que leur pratique peut être en quelques points différente de leurs confrères non maîtres de stage. Lors d'un des entretiens, un interne était présent ce qui a pu constituer un biais, influant le discours du médecin interrogé.

1-2-3 Limites liées aux participants

- Limites liées à la mémoire

Les médecins exprimaient leurs ressentis et leurs attitudes à propos de consultations ayant eu lieu longtemps auparavant. Leurs souvenirs ont pu ne pas être rapportés avec exactitude. Leurs ressentis ont pu être majorés ou au contraire atténués avec le temps.

- Risque de désirabilité de l'information

Il arrive lors de l'entretien que le répondant ait tendance à être sur la défensive lorsque des questions risquent de nuire à l'image qu'il veut donner. Il veut se conformer aux stéréotypes, apparaître comme normal (47). Nous avons retrouvé ce biais dans plusieurs entretiens où les médecins semblaient déstabilisés, inquiets de mal faire, allant jusqu'à demander son avis à la chercheuse. Nous avons dans ces situations tenté de remettre en confiance le médecin.

De plus, les médecins savaient qu'ils étaient enregistrés ce qui a pu influencer leur discours soit dans le sens « conventionnel » soit dans le sens de revendication concernant notre sujet d'étude. Pour limiter ce risque le dictaphone était placé de façon la plus discrète possible.

1-2-4 Limites liées au sujet de recherche

Aborder la question intime de son ressenti personnel lors des consultations a pu être source de gêne pour certains médecins qui, peut-être, ont limité leurs propos en restant dans des réponses factuelles.

1-2-5 Limites liées aux conditions de l'entretien

Le plus souvent les entretiens se sont déroulés dans le cabinet médical du médecin interrogé. Ce dernier était assis à son bureau et la chercheuse à la place des patients. Cette asymétrie dans la relation induit un rapport hiérarchique plus que collaboratif qui peut rendre l'entretien plus difficile.

2- Discussion des résultats

2-1 Contexte historique et rôle du médecin généraliste

Jusqu'au XVIème siècle environ, la maternité est une affaire de femmes à travers laquelle celles-ci se socialisent, se soutiennent et se transmettent des savoirs (48). La gestion de l'allaitement maternel a donc longtemps été confiée aux femmes et les savoir-faire transmis de mères en filles. Cela expliquerait que certains médecins généralistes actuels considéreraient ne pas avoir de rôle dans la prise en charge de l'allaitement maternel.

Cependant, la maternité est un thème central des révolutions culturelles féministes (48). Elles ont créé un mouvement de libération et d'émancipation de la femme ayant entraîné une tendance «anti allaitement maternel». Les féministes de cette époque ont souvent critiqué la maternité considérée comme un frein à l'émancipation des femmes. Les femmes avaient désormais acquis l'accès au monde du travail qui était à l'époque incompatible avec la pratique de l'allaitement maternel. La société leur demandait alors de choisir entre leur carrière professionnelle et leur allaitement maternel (49).

Toute une génération de femmes n'a pas allaité et ainsi fait disparaître cette transmission intergénérationnelle des pratiques d'allaitement maternel. Il nous a semblé que ces révolutions ont pu entraîner une évolution de l'idéalisme féminin privilégiant le statut de femme libre au rôle de mère (17).

En 2013, Laure Cessieux a effectué un travail historique sur l'évolution des représentations et des connaissances médicales concernant l'allaitement maternel mais également les modifications comportementales dans la société en dépit des opinions médicales (50). Elle a mis en évidence que «les médecins, fervents défenseurs de l'allaitement au sein, ne seront pas suivis par les femmes qui seront de plus en plus nombreuses à choisir une alternative, jusqu'au revirement que nous vivons depuis quelques décennies ».

La société actuelle prône désormais un retour à l'allaitement maternel. Le féminisme actuel défend la femme conciliant maternité et activité professionnelle. Le Code du Travail accorde désormais une place à l'allaitement maternel dans la pratique professionnelle (51). Le rôle d'information sur les savoirs et savoir-faire concernant l'allaitement maternel semble devoir être repris par les soignants de premier recours tels que les médecins généralistes, les sages-femmes, les soignants en maternité, les gynécologues et les pédiatres. La société leur demanderait aujourd'hui d'assurer l'éducation des mères et ainsi de récupérer une partie disparue de l'histoire. Or, la plupart de ces soignants notamment les médecins généralistes actuels appartiennent également à cette génération n'ayant pas allaité ou n'ayant pas reçu les enseignements de leurs parents.

Le médecin généraliste aurait donc acquis un véritable rôle social dans l'allaitement maternel. Et selon notre étude, un grand nombre se sentirait démunis dans ce nouveau rôle que la société leur attribue. Il nous a semblé que le contexte socio-historique, en particulier la révolution culturelle des années 70, pouvait en partie expliquer ce type de discours.

2-2 Attitudes pratiques

L'attitude pratique a été extrêmement différente en fonction des médecins interrogés.

Devant cette grande variabilité des attitudes pratiques, nous nous sommes interrogées sur les causes possibles de ces divergences de pratique. Pour cela nous avons comparé, pour chaque attitude divergente, les profils des médecins, selon quatre caractéristiques :

- le genre (féminin ou masculin),
- la présence d'une formation spécifique à l'allaitement maternel (absence de formation, formation par le DES de médecine générale ou formation approfondie),
- la présence ou non d'une expérience personnelle d'allaitement maternel,
- et l'opinion favorable ou non à l'allaitement maternel.

Nous avons ainsi tenté d'explorer d'éventuelles corrélations entre les profils des médecins et leurs attitudes pratiques, cependant, seul un travail de recherche quantitatif pourrait valider ces hypothèses.

2-2-1 Concernant le recueil des informations en consultation

Dans notre étude, les médecins généralistes ont accordé une grande importance au diagnostic étiologique de l'insuffisance de prise pondérale. Ils ont tous évoqué la possibilité d'une pathologie organique sous-jacente, quelques soient leurs profils (homme-femme, favorable ou non à l'allaitement maternel, formé ou non et ayant ou non une expérience personnelle d'allaitement). La crainte d'une étiologie organique sous-jacente semblerait être très présente au cours de la consultation et indépendante du profil des médecins.

En revanche, seuls certains médecins ont recherché les complications éventuelles telle que la déshydratation. Nous avons constaté que ces derniers auraient tous reçu une formation sur l'allaitement maternel.

L'intérêt d'une formation spécifique à l'allaitement maternel a été plusieurs fois étudié dans la littérature. Le rapport du Pr Dominique Turck sur les propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel recommandait en effet une amélioration de la formation initiale et continue de tous les professionnels de santé (52).

Le travail de thèse d'Hélène Serre avait pour objectif d'évaluer les connaissances globales d'un groupe de généralistes sur l'allaitement maternel et l'impact d'une formation médicale continue (FMC) (53). Il concluait à l'impact positif de la FMC sur l'attitude pratique des médecins généralistes. « La comparaison des résultats avant et après nous a démontré l'intérêt d'une FMC dans ce domaine. En effet, on a retrouvé un taux de bonnes réponses très significativement plus élevé ($p < 0,001$) à distance de cette FMC ».

Enfin, l'étude de Labarère et al montrait que la formation ne devait pas être nécessairement longue et qu'un enseignement de cinq heures semblait avoir amélioré les pratiques (54).

2-2-2 Concernant la prise en charge

2-2-2-1 Variabilité des attitudes au sujet de la poursuite de l'allaitement

La poursuite de l'allaitement maternel a été l'attitude la plus souvent proposée aux mères. Les médecins interrogés ont été peu nombreux à proposer l'arrêt de l'allaitement.

Notre étude ne semblerait pas retrouver de différence de profil entre les médecins ayant stoppé ou poursuivi l'allaitement maternel.

Nous aurions pu penser que l'opinion du médecin au sujet de l'allaitement puisse avoir une influence sur la poursuite de l'allaitement maternel. Cependant, nous avons pu observer dans notre étude que cela ne semblerait pas être le cas, témoignant d'une certaine neutralité des médecins. Alors que pour d'autres sujets, tels que la vaccination, l'impact de l'opinion du médecin a été largement étudié (55), nous n'avons retrouvé aucune donnée dans la littérature sur l'influence de l'opinion des médecins dans la prise en charge de l'allaitement maternel.

Concernant la proposition d'un allaitement mixte, nous avons observé que seuls des médecins ayant une expérience personnelle d'allaitement l'avaient proposé. Ainsi dans notre étude, l'expérience personnelle semblerait être la seule caractéristique impactant sur le mode de poursuite de l'allaitement. L'expérience personnelle serait-elle un des facteurs influençant le mode de poursuite de l'allaitement ?

De nombreux travaux de thèses ont étudié l'impact de l'expérience personnelle d'allaitement

maternel sur la prise en charge de l'allaitement en consultation (33,56–58). Leurs résultats étaient similaires. L'expérience personnelle aurait un impact positif sur la prise en charge grâce à de meilleures connaissances pratiques permettant de mieux conseiller les patientes. « Les médecins ayant une expérience « personnelle » d'allaitement apparaissent globalement plus pertinents dans leurs propositions » (57).

2-2-2-2 Variabilité des conseils données pour la poursuite de l'allaitement

Dans notre étude, les conseils donnés par les médecins au sujet de la poursuite de l'allaitement maternel ont été variables et souvent divergents. Pour la plupart des conseils, les divergences observées ne semblaient dépendre ni du genre, ni du niveau de formation, ni de l'expérience personnelle, ni de l'opinion du médecin sur l'allaitement.

Nous avons mis en évidence un probable lien entre la formation spécifique sur l'allaitement maternel et quelques-uns des conseils apportés. Les médecins formés déconseilleraient l'utilisation de bouts de sein, recommanderaient aux mères de ne donner qu'un seul sein par tétée et proposeraient le tire lait. Cela confirme les données de la littérature précédemment décrites sur l'impact positif d'une formation spécifique sur les conseils donnés aux mères allaitantes (53).

Contrairement à ce que nous aurions pu supposer, notre étude n'a pas retrouvé d'influence du genre sur la prise en charge, notamment sur les conseils donnés pour la poursuite de l'allaitement. Des résultats différents sont retrouvés dans la littérature. Vicky Debonnet-Gobin conclut inversement que le genre aurait un impact sur les pratiques « j'ai pu distinguer des attitudes plus ou moins actives et favorables à l'allaitement selon le sexe du praticien (...) les femmes donnant des réponses originales » (56). Quant à l'étude de Laetitia Bouleaux en 2013, elle retrouvait également l'influence du genre du médecin « il semble exister une approche plus spécifiquement "féminine" ou "masculine" de l'allaitement maternel » (57).

2-2-3 Concernant le suivi proposé et l'avis spécialisé

Dans notre étude, le suivi proposé et notamment le délai de réévaluation a été extrêmement variable.

La seule différence entre les médecins ayant proposé une réévaluation précoce et ceux ayant proposé une réévaluation plus tardive semblerait être la formation spécifique à l'allaitement maternel. Les médecins formés, réévalueraient plus précocement les nourrissons.

La plupart des médecins interrogés ont évoqué la possibilité d'adresser le nourrisson à un spécialiste.

Les rares médecins n'ayant pas adressé les nourrissons avaient tous une expérience personnelle d'allaitement maternel. Seule l'expérience personnelle semblerait donc avoir une influence sur le fait d'orienter le nourrisson vers un spécialiste.

Nous supposons que l'expérience personnelle renforcerait la confiance en eux des médecins. Elle leur permettrait de prendre en charge les difficultés d'insuffisance pondérale des nourrissons allaités malgré leurs craintes et leurs incertitudes. Notre résultat vient confirmer certains modèles explicatifs des pratiques médicales qui considèrent la confiance en soi des médecins et en leurs aptitudes professionnelles comme un des facteurs favorisant leurs actions lorsqu'ils font face à des difficultés (59).

2-2-4 Variabilité des pratiques en médecine générale.

Nous avons constaté dans notre étude une grande variabilité de prise en charge, à la fois sur la poursuite de l'allaitement, sur les conseils donnés aux mères allaitantes mais aussi sur le suivi proposé et l'éventuelle orientation vers un spécialiste.

Pour la plupart de ces différences de pratiques, aucune différence de profil n'a été mise en évidence.

Cependant, pour certaines pratiques, nous avons constaté un lien avec deux caractéristiques du profil : la formation spécifique et l'expérience personnelle d'allaitement maternel.

- La formation semblerait influencer certains conseils donnés pour la poursuite de l'allaitement. Elle induirait une recherche des signes de gravité et une réévaluation plus précoce.
- L'expérience personnelle semblerait être en lien avec la proposition d'un allaitement mixte et le fait de ne pas adresser le nourrisson à un spécialiste.

Le genre du médecin ainsi que son avis au sujet de l'allaitement sembleraient ne pas influencer son attitude pratique.

La variabilité des pratiques est inhérente à la pratique de la médecine générale. Dans l'ouvrage *Singulier Généraliste*, A Sarradon-Eck met en évidence de fortes fluctuations des manières de travailler au sein des cabinets libéraux. « Les différences dans les modes d'exercice comme dans les relations aux patients sont considérables, cela contribue à la richesse des pratiques » (60).

De nombreux travaux dans la littérature ont étudié les variabilités de la pratique de médecine générale (61). Ils concernent des sujets variés tels que la diversité dans la prescription d'antibiotiques (62) ou dans le suivi des patients diabétiques (63,64). Ils cherchent à comprendre les déterminants de cette hétérogénéité des pratiques. Tous s'accordent sur le fait que plus l'incertitude est grande (ou le consensus faible) sur la prise en charge adéquate, plus la variabilité des pratiques médicales serait importante.

Cependant, il existe un débat sur les déterminants de la variabilité de pratique. « Deux courants s'opposent, pour certains auteurs cette variabilité relève de préférences ou habitudes individuelles des médecins, pour d'autres elle dépend du contexte social et organisationnel de la pratique. Ce constat se trouve renforcé dans le contexte français, qui a fait l'objet de peu de travaux dans ce domaine, surtout en médecine de ville. L'hétérogénéité des pratiques médicales pose également la question de ses répercussions sur le système de soins en termes d'efficacité et d'équité » (61).

2-3 Concernant les ressentis des médecins

2-3-1 Ressentis pendant la consultation

Les ressentis des médecins en consultation étaient principalement en lien avec les composantes de la situation médicale en particulier l'état clinique du nourrisson et l'état psychique maternel.

Les principales angoisses exprimées par les médecins étaient liées à la crainte de ne pas diagnostiquer une pathologie organique ou des signes de gravité et la peur de ne pas prendre les bonnes décisions en termes de prise en charge.

Ces angoisses sembleraient secondaires à un manque de connaissances que la majorité des

médecins ont rapporté pouvant aller jusqu'à une évaluation péjorative de leur niveau de compétences sur cette problématique. Elles seraient également majorées par un rôle important de responsabilité vis à vis de la mère et son enfant perçu et souhaité par les médecins. Les stratégies de réassurance personnelle des médecins étaient multiples, principalement dans l'organisation de la prise en charge allant d'une surveillance personnelle rapprochée à l'orientation vers un spécialiste.

De nombreux médecins ont exprimé une volonté de neutralité affective au cours de la consultation par soucis de professionnalisme et pour ne pas transmettre leurs éventuelles angoisses. Cette attitude ne semblerait pas en lien avec les expériences personnelles ni professionnelles.

2-3-2 Ressentis au sujet de la poursuite de l'allaitement

Il est intéressant de constater que chez certains médecins généralistes la décision sur les modalités de poursuite de l'allaitement pourrait réveiller des ressentis d'ordre narcissique. Par exemple, certains se sentiraient exclus en tant que médecin en cas d'allaitement maternel exclusif. Le relais par un allaitement artificiel serait une façon de reprendre la main sur le plan médical, et donc source de satisfaction.

Parmi les médecins favorables à l'allaitement maternel, la crainte de devoir arrêter l'allaitement maternel a pu engendrer des inquiétudes au cours des consultations, notamment pour les médecins particulièrement favorables à l'allaitement maternel. Ce malaise s'expliquerait par un sentiment de déception étant convaincu des bienfaits et du bonheur liés à l'allaitement maternel. L'hypothèse narcissique pourrait également être évoquée devant une contradiction entre leur discours initial et leur prise en charge.

Nous n'avons pas retrouvé de données dans la littérature concernant le ressenti des professionnels de santé en cas d'arrêt de l'allaitement maternel. Cependant plusieurs travaux ont étudié le vécu émotionnel des mères allaitantes en cas de nécessité d'arrêt de leur allaitement, notamment le travail Marie-Amélie Jurgens en 2009 (65). Ils recommandent aux soignants d'être « suffisamment bons » envers leurs patientes, au sens winnicottien du terme. Ils insistent sur l'absence de réponse médicale idéale mais l'importance de faire preuve d'éthique professionnelle devant la fragilité psychique maternelle. « Nous pourrions conclure en disant que peu importe la décision finale de la maman pour son allaitement, l'enjeu thérapeutique pour les soignants est ailleurs. Le rôle le plus précieux qu'ils peuvent avoir est d'aider ces femmes, probablement plus en difficultés que la moyenne, dans leur construction interne de « mère suffisamment bonne » (65).

2-3-3 Ressentis spécifiques liés au genre du médecin

Parmi les médecins interrogés, autant les hommes que les femmes ont mis en avant que le genre du médecin avait un impact dans l'implication affective du médecin dans ce type de consultation. Il semblerait selon eux que le fait d'être une femme exposerait au risque d'une implication affective trop importante qui pourrait lui faire perdre son objectivité dans l'évaluation de la situation.

Les hommes et femmes médecins interrogés se sont accordés sur la moindre implication affective des hommes médecins. Les hommes médecins le considéraient comme un avantage qui leur permettrait une analyse plus objective et donc meilleure de la situation. En revanche, certaines femmes médecins considéraient que les hommes médecins ne pourraient pas prendre correctement en charge ce type de problématique par manque de vécu et d'expérience

personnelle. Ils ne pourraient pas apporter le soutien émotionnel nécessaire à la mère allaitante en raison d'une empathie limitée.

Les médecins hommes interrogés ont constaté que les patientes auraient tendance à ne pas les consulter spontanément pour des problèmes d'allaitement en raison de leur genre. Des médecins ont également souligné la gêne de certaines patientes lors de l'examen clinique. D'autres au contraire ont exprimé leur propre gêne. Le fait que les hommes médecins aient pu se sentir en difficultés à examiner les seins d'une patiente et une tétée poserait donc un problème dans la prise en charge des problèmes d'allaitement. Cette gêne liée à la nudité pourrait être à l'origine d'arrêts précoces injustifiés de l'allaitement maternel, ou de recours inutiles à des spécialistes.

Quelque soit le genre du médecin, la question de la pudeur est au centre de l'examen clinique du patient, et a fait l'objet de nombreux travaux (66–69). Le médecin, qu'il en ait ou non conscience, doit composer avec sa propre pudeur dans l'interaction avec son patient. L'enquête qualitative auprès de médecins généralistes de Mach Carine en 2009 démontre que « la gêne et l'embarras occasionnés par la pudeur, ne sont que les symptômes d'une prise de conscience de la distance entre l'individu et son rôle social ». (70)

2-3-4 Ressentis liés au manque de formation

La majorité des médecins ont mis en avant leur manque de connaissances par manque de formation initiale sur l'allaitement maternel, source de frustration. De nombreux travaux de thèses auprès des médecins généralistes confirment leur ressenti (31,37). Dans l'étude de Malika Velly-Thillot en 2011, ils sont 59% à considérer manquer de formation théorique et regretter un manque d'enseignement universitaire «pour les 3/4 des médecins, l'expérience personnelle est la première source de connaissances en allaitement » (35).

Il semblerait que ce manque de connaissances soit générateur d'angoisses mais aussi d'un sentiment de culpabilité pour certains. Nombreux pensaient que l'allaitement maternel était une problématique qui concernait le médecin généraliste et qu'ils devraient en maîtriser les connaissances médicales.

Ce manque de compétences ressenti semblerait selon notre étude avoir une influence sur les attitudes pratiques. Dans notre étude, les médecins non formés réévalueraient plus tardivement les enfants. Nous pourrions supposer que ce manque de connaissances serait à l'origine d'une moins bonne prise en compte du risque d'aggravation rapide du nourrisson.

Quelles que soient les modalités de formation initiale ou complémentaire, les médecins formés ont témoigné d'une meilleure gestion émotionnelle de la situation. L'assise théorique et les expériences pratiques apporteraient un sentiment de sécurité et une certaine légitimité dans la prise de décision.

2-4 Influence de l'expérience personnelle pendant la consultation.

Alors qu'elle permettrait dans de nombreux cas de pallier au manque de connaissances secondaires à une formation absente ou insuffisante, telle que l'illustre l'étude de Malika Velly-Thillot (35), notre étude a mis en évidence que l'expérience personnelle ne représenterait pas toujours un avantage sur sa propre gestion émotionnelle de la consultation.

La souffrance maternelle en cas de difficultés d'allaitement et de difficultés de prise pondérale pourrait réveiller par transfert le passé et vécu douloureux d'une femme médecin. Des difficultés rencontrées dans son allaitement ou celui de son épouse pourraient générer par projection des représentations négatives et compliquées sur le déroulement de l'allaitement maternel.

Le fait d'avoir eu une expérience personnelle et notamment une expérience difficile semblerait être un critère influençant la gestion émotionnelle de la consultation. Inversement, une expérience personnelle favorable améliorerait le vécu de la consultation en réveillant des souvenirs agréables. Les travaux qualitatifs d'Amandine Legrand en 2014 témoignent que le vécu personnel est un atout dans la prise en charge de l'allaitement maternel en consultation, permettant aux médecins généralistes d'aborder avec plus de spontanéité et d'aisance l'allaitement (58). De même que les travaux de Laetitia Boulleaux en 2003 montrent que les médecins généralistes les plus à l'aise dans ces consultations sont ceux ayant des expériences personnelles multiples d'allaitement (57).

3- Proposition d'un guide destiné aux médecins généralistes (Annexe n°9)

Les données actuelles de la littérature concluent à un manque de connaissances des médecins sur la prise en charge de l'allaitement maternel et à la nécessité d'une formation complémentaire spécifique pour améliorer l'efficacité de leurs interventions (25,30–35). De nombreuses études visent à établir des guides de recommandations sur l'allaitement maternel destinés aux médecins généralistes mais à ce jour, aucun n'aborde spécifiquement la gestion des difficultés de prise pondérale (36–38).

Devant la variabilité des pratiques, il nous a semblé pertinent d'élaborer un guide consensuel de recommandations pratiques sur la consultation du nourrisson allaité présentant une insuffisance de prise pondérale. Ce guide a été élaboré à partir des données recueillies lors des entretiens ainsi que des données de la littérature (20). Il pourrait ainsi participer à la formation des médecins généralistes.

V- CONCLUSION

Les recommandations actuelles sur l'alimentation du nourrisson sont en faveur de l'allaitement maternel. En France, la durée médiane d'allaitement maternel exclusif est de seulement trois semaines. Les difficultés pondérales du nourrisson seraient un motif fréquent d'arrêt précoce de l'allaitement maternel.

Les médecins généralistes sont des praticiens de premier recours. Nous avons étudié leurs attitudes pratiques et leurs ressentis dans la prise en charge d'une insuffisance de prise pondérale chez un nourrisson allaité. Nous avons également exploré l'influence de leurs expériences personnelles sur leurs pratiques.

La perception du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'allaitement maternel semble avoir évolué. Il aurait acquis un véritable rôle social d'éducation et d'accompagnement des mères allaitantes. La transmission des savoir-faire de mères en filles ayant été perdue avec les mouvements d'émancipation féminine.

Dans notre étude, l'exploration de l'attitude pratique des médecins généralistes nous a permis de constater une grande variabilité entre les médecins interrogés. Seules la formation et l'expérience personnelle sembleraient avoir une influence sur certains points de la prise en charge. Le genre et l'opinion favorable ou non à l'allaitement n'auraient quant à eux, aucun impact sur les pratiques.

D'autre part, notre étude a permis de constater que les ressentis des médecins sembleraient dépendre en partie de leur genre et de leur formation sur l'allaitement. Les principales angoisses exprimées sembleraient en lien avec leur niveau de formation. Les médecins ont exprimé une vive frustration devant leur manque de connaissances. Bien que le genre du médecin influencerait sa gestion émotionnelle de ce type de consultation, il n'aurait pas de conséquence sur ses attitudes pratiques.

L'étude de l'influence de l'expérience personnelle d'allaitement maternel du médecin a retrouvé à la fois un retentissement sur les attitudes pratiques mais aussi sur la gestion émotionnelle de la consultation.

Nous avons estimé pertinent de proposer un guide de recommandations pratiques destiné aux médecins généralistes pour la prise en charge d'une insuffisance de prise pondérale chez un nourrisson allaité. Ce guide pourrait permettre d'améliorer la formation des médecins généralistes, de les accompagner et d'uniformiser leurs pratiques. La réalisation d'une étude qualitative de recherche de consensus permettrait la validation scientifique de ce guide.

Enfin, il serait intéressant d'étudier le ressenti des mères allaitantes sur les difficultés de prises pondérales de leur nourrisson et sur la prise en charge proposée par leurs médecins généralistes.

RÉFÉRENCES

1. Comité de Nutrition de la SFP. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Société Française de Pédiatrie. Elsevier Masson. 2013;(20):29-48.
2. Horta BL, World Health Organization. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization; 2007.
3. OMS. 54 e Assemblée mondiale de la Santé. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. 2001 mai.
4. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève; 2003. 30 p.
5. ANAES. Haute Autorité de Santé - Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant [Internet]. 2002 mai [cité 29 août 2016] p. 18. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272220/en/breastfeeding-initiation-and-continuation-during-the-first-6-months-of-life
6. HAS-Favoriser l'allaitement maternel : Processus - Evaluation. 2006.
7. UNICEF. Allaitement | Nutrition | UNICEF [Internet]. [cité 29 août 2016]. Disponible sur: http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24824.html
8. UNICEF, OMS, UNESCO, UNFPA, PNUD, ONUSIDA, PAM et la Banque mondiale. Savoir pour sauver Quatrième édition. 2010. 216 p.
9. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 1997;(100):1035 –1039.
10. Gilstrap LC, Oh W. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care. 2002;
11. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Le PNNS 2011-2015 - Programme national nutrition santé - Manger Bouger Professionnel [Internet]. 2011 juill [cité 29 août 2016] p. 24. Disponible sur: http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/pnns_2011-2015-2.pdf
12. Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Castetbon K. Durée de l'allaitement maternel en France (Épifane 2012-2013). Bull Épidémiologique Hebd. 2014;(27):450-7.
13. Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Thierry X, Wagner S, Nicklaus S. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2014;(27):140-9.
14. Thirion M. Histoire de l'allaitement. Naiss Texte Impr Hist Cult Prat Aujourd'hui. 2010;232-42.
15. Dubesset M. Didier Lett et Marie-France Morel, Une histoire de l'allaitement. Clio Femmes Genre Hist [Internet]. 1 mai 2010 [cité 2 sept 2016];(31). Disponible sur:

16. Frydman R, Szejer M, Nobécourt M, éditeurs. *La naissance: histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*. Paris, France: Albin Michel, impr. 2010; 2010. 1401; viii+viii.
17. Badinter É. *Le conflit la femme et la mère*. Paris: Librairie générale française; 2011.
18. Pazzi S. *Histoire de l'allaitement maternel: comprendre la situation actuelle [Thèse d'exercice]*. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Pharmacie; 2012.
19. Gremmo-Féger G. *Allaitement maternel : l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit*. Spirale. 2003;27(3):45.
20. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2005. 1152 p.
21. La Leche League France. *Stagnation staturo-pondérale et prise de poids lente*. Cahier de l'allaitement-A la maison. 2011;(2):29-39.
22. Riordan J, Wambach K, éditeurs. *Breastfeeding and human lactation*. 4th ed. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers; 2010. 912 p.
23. Devergne-Clement B. *Facteurs influençant l'arrêt de l'allaitement maternel au cours du premier mois [Thèse d'exercice]*. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2006.
24. Crost M. et al. *L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995 : enquête nationale périnatale*. Arch Pediatr. 1998;5:1316-26.
25. Cibaud-Le Turdu N. *Allaitement maternel et insuffisance de lait: prise en charge en médecine générale [Thèse d'exercice]*. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2011.
26. Gleyze A. *Le médecin généraliste, la mère allaitante et son enfant: une question de poids [Thèse d'exercice]*. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2008.
27. Dupuis-Najim D. *Stagnation pondérale chez le nourrisson allaité: conduite à tenir. A propos de 7 observations [Thèse d'exercice]*. [Strasbourg, France]: Université Louis Pasteur; 2005.
28. Arakelian S, Gervasoni E. *Étude pilote sur la prévalence et les facteurs de risque précoces de mauvaise prise pondérale chez le nouveau-né exclusivement allaité [Thèse d'exercice]*. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2009.
29. Olive De Boutray C. *Première consultation du nouveau-né allaité et âgé de moins de quinze jours, en médecine générale: enquête auprès des médecins généralistes et des mères de la région de Melun, Seine-et-Marne [Thèse d'exercice]*. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2010.
30. Wimmer M, Lévy M. *Le rôle des médecins généralistes dans la durée de l'allaitement maternel: enquête prospective sur 6 mois*. France; 2014.
31. Gabilly F, Moreau A. *Prise en charge des mères allaitantes: enquêtes sur les besoins de*

- formation du médecin généraliste, conduite pratique à partir d'une revue de la littérature. Lyon, France: Université Claude Bernard Lyon 1; 2015.
32. Luizard J. L'allaitement maternel en médecine générale: enquête de pratiques et besoin de formation en Côte d'Or [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2011.
 33. Rivière F. Connaissances et pratiques des jeunes médecins généralistes dans l'accompagnement à l'allaitement maternel [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes; 2002.
 34. Mariau-Dinot L. Rôle des médecins généralistes dans la durée de l'allaitement maternel: enquête prospective sur 6 mois dans 15 maternités des Pays de la Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2009.
 35. Velly-Thillot M. La prise en charge de l'allaitement maternel au cabinet de médecine générale: étude prospective auprès de 51 médecins généralistes de la Marne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2011.
 36. Cheguillaume-Leroy C. Allaitement maternel et médecine générale: guide à l'attention des médecins généralistes pour informer et conseiller les mères sur l'allaitement maternel, aider à sa mise en place et réaliser son suivi, prévenir les sevrages précoces et accompagner le sevrage [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2013.
 37. Maréchal C. L'Allaitement maternel et le rôle du médecin généraliste en sortie de maternité [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2010.
 38. Kurth-Aviles L. Place du médecin généraliste dans l'accompagnement de l'allaitement maternel: enquête auprès de 84 médecins généralistes de Moselle et de 122 femmes concernées par l'allaitement maternel [Thèse d'exercice]. [France]: Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté de médecine; 2006.
 39. Auger AI. Introduction à la recherche qualitative. *exercer*. 2008;(84):142-5.
 40. Aubin-Augé I, Lemercier X. Faire de la recherche qualitative en médecine générale. *E-Respect*. mars 2014;(6):21-3.
 41. Pelaccia T, Paillé P. Les approches qualitatives : une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champ de la recherche en pédagogie des sciences de la santé. *Pédagogie Médicale*. nov 2009;10(4):293-304.
 42. Société savante de l'UNAFORMEC-Qu'est-ce que la recherche qualitative à l'ère des essais randomisés ? *Bibliomed*. 20 févr 2003;(294).
 43. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *exercer*. 2013; (105):4-11.
 44. Les cahiers psychologie politique. Evaluer la qualité des publications. Quelles spécificités pour la recherche qualitative ? (*) [Internet]. [cité 23 nov 2015]. Disponible sur: <http://lodel.irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=999>

45. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*. mai 2002;3(2):81-90.
46. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol*. mars 2004;10(1):79-86.
47. Berthier N. Les techniques d'enquêtes en sciences sociales : méthodes et exercices corrigés. 4ème édition. 2010. 352 p. (Armand Colin).
48. Knibiehler Y. Histoire des mères et de la maternité en Occident. Paris: Presses universitaires de France; 2012.
49. Cova A. Où en est l'histoire de la maternité ? *Clio*. 1 avr 2005;(21):189-211.
50. Cessieux L. Les médecins et l'allaitement en France: de l'Antiquité à nos jours [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2013.
51. Herzog Evans M. Féminisme biologique, allaitement et travail, une nouvelle forme d'autodétermination des femmes. *Rev Droits L'homme* [Internet]. 1 juin 2013 [cité 15 sept 2016];(3). Disponible sur: <http://revdh.revues.org/202>
52. 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.
53. Serre H. Allaitement maternel et médecine générale: évaluation des connaissances globales d'un groupe de généralistes de la région rouennaise et impact d'une FMC [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2011.
54. Labarère J, Dalla-Lana C, Schelstraete C, Rivier A, Callec M, Polverelli JF, et al. [Initiation and duration of breastfeeding in obstetrical hospitals of Aix-Chambéry (France)]. *Arch Pédiatrie Organe Off Société Fr Pédiatrie*. août 2001;8(8):807-15.
55. INPES, DRESS. Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes. *ETUDES Result*. mars 2015;(910).
56. Debonnet-Gobin V. Allaitement maternel et médecine générale: étude à propos des représentations et des connaissances de 18 médecins généralistes, s'articulant autour d'une soirée de formation médicale continue [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2005.
57. Boulleaux L 1971-. Guidance d'un allaitement maternel: Simple accompagnement technique où forte implication personnelle du médecin? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine. Site Villemin; 2003.
58. Legrand A. Apport du vécu personnel dans la prise en charge de l'allaitement maternel en consultation de médecine générale: enquête qualitative par entretiens semi dirigés auprès des Internes de médecine générale du Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
59. Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Qual Saf Health Care*. 2 janv 2005;14(1):26-33.

60. Bloy G, Schweyer F-X, éditeurs. Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique; 2010. 423 p. (Métiers santé social).
61. Bernstein D, et al. La variabilité des pratiques en médecine générale : une analyse sur données de l'Assurance-Maladie. 2009.
62. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France), Mousquès J, Renaud T, Scemama O. Variabilité des pratiques médicales en médecine générale: la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë. Paris: CREDES; 2003.
63. Germanaud J, et al. Une typologie des pratiques médicales comme outil de l'amélioration de la qualité des soins. Expérience dans la prise en charge des malades diabétiques par les médecins généralistes. Rev Médicale L'Assurance Mal. juin 2003;34(2):91.
64. Weil A, et al. Les modalités de suivi des diabétiques non insulino traités en France métropolitaine durant l'année 1998. Diabetes Metab. sept 2000;26(6).
65. Jurgens M-A. Arrêts précoces d'allaitement au sein : exploration des mécanismes inconscients. Psychiatr Enfant. 52(2):403-21.
66. Emont J. Pudeur du patient: son vécu et ses attentes, étudiés par méthode qualitative au sein d'une patientèle de médecine générale [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2013.
67. Arnaud-Lesot S. Pudeur et pratique médicale: aspects relationnels de l'examen gynécologique et obstétrical au XIXe siècle en France [Thèse de doctorat]. [France]: École pratique des hautes études (Paris). Section des sciences historiques et philologiques; 2007.
68. Carranza J. Le ressenti des femmes généralistes quant à leur expérience du toucher rectal face à leur patientèle masculine [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2014.
69. Hanafi N. Pudeurs des souffrants et pudeurs médicales, XVIe-XIXe siècles. Cah Fram Nouv Champs L'histoire Soc [Internet]. 22 déc 2011 [cité 13 sept 2016];(8). Disponible sur: <https://framespa.revues.org/855>
70. Mach C. Le médecin et sa pudeur: de l'obstacle à la redéfinition du rôle [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2009.

ANNEXES

Annexe n°1 : Lettre d'information

LETTRE D'INFORMATION

Chère consœur,
Cher confrère,

Nous sommes actuellement internes en médecine générale. Nous réalisons notre thèse sur l'allaitement maternel avec pour objectif d'étudier les **ressentis et les attitudes pratiques des médecins généralistes lors d'une insuffisance de prise pondérale chez un enfant allaité**.

Ce travail de recherche est dirigé par le Dr Anne Freyens, avec l'accord du DUMG et du Comité d'Éthique.

Nous avons choisi pour répondre à cette question une méthodologie de recherche qualitative, menée en binôme pour améliorer la puissance de notre étude.

En pratique, cela nécessite la **réalisation d'entretiens auprès de médecins généralistes** de Midi Pyrénées. Les entretiens dureront **45 minutes à 1h environ**, aux lieux et à la date de votre convenance. Ils seront enregistrés à l'aide d'un dictaphone, retranscrits et analysés.

Tous les entretiens recueillis au cours du projet de recherche seront anonymisés afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements.

Si vous êtes intéressés par notre projet de recherche et que vous souhaitez participer à notre étude, n'hésitez pas à prendre contact avec nous.

En comptant sur votre participation et en vous remerciant par avance, nous vous prions d'agréer l'expression de nos meilleurs sentiments.

Deloule Sandra
06 64 71 46 81
sandra.deloule@live.fr

Guyonnet Emilie
06 66 23 78 22
emilieguyonnet@me.com

TALON SOCIOLOGIQUE

Âge :

Nombre d'année d'installation en médecine générale :

Type d'exercice :

- rural, semi-rural, urbain
- exercice en cabinet de groupe ou seul
- spécificités (homéopathie, médecine du sport ...)

Activités gynécologique :

- faible
- modérée
- importante

et pédiatrique :

- faible
- modérée
- importante

Formation sur l'allaitement maternel :

- formation initiale
- formations complémentaires

Vers quel professionnel de santé référez-vous vos patientes si besoin en ce qui concerne l'allaitement maternel ?

Nombre d'enfants:

Expérience personnelle d'allaitement maternel :

- oui- non
- durée
- déroulement (en quelques mots)

GUIDE D'ENTRETIEN

1. Lors d'une consultation pour insuffisance pondérale chez un enfant allaité, pouvez-vous me raconter quelle est votre démarche?

- Pouvez-vous me décrire comment vous gérez ce genre de consultation, comment se déroule-t-elle?
- Quels conseils donnez-vous à la mère pour améliorer la prise de poids de son enfant?
- Comment gérez-vous la poursuite de l'allaitement de l'enfant?
- Quel suivi proposez-vous ?

2. Comment percevez-vous votre rôle dans ce genre de consultation?

- Que pensez-vous pouvoir apporter à votre patiente?

3. Vous personnellement, comment vous sentez-vous dans ce genre de consultation ?

- Quelles émotions ressentez-vous ?
- Que ressentez-vous lors de ce type de consultation?
- Selon vous, qu'est ce qui explique que vous ressentiez ces émotions ?
- Est-ce que c'est le genre de consultation que vous aimez faire ?

4. Comment vous personnellement, avez-vous vécu votre allaitement maternel (ou celui de votre conjointe) ?

- Dans quelle mesure pensez-vous que votre expérience personnelle (ou votre absence d'expérience personnelle) d'allaitement maternel puisse influer sur votre pratique professionnelle?

5. Si vous deviez résumer votre ressenti lors les consultations d'un bébé allaité qui ne prend pas de poids, en 3 adjectifs/ mots quels seraient-ils ?

Voudriez-vous ajouter un commentaire, pensez-vous à quelque chose que nous n'aurions pas évoqué ?



**Commission Éthique du Département de
Médecine Générale de Midi Pyrénées**
Secrétariat : *Dr Serge BISMUTH*
59 rue de la Providence – 31500 Toulouse
Tél. : 05.61.80.01.23 – 06.82.63.45.70- Fax 05.61.34.61.16 – dr-bismuth@wanadoo.fr

Président : Mme
Laurencine VIEU

**DEMANDE D'AUTORISATION ET DEMANDE D'AVIS A LA COMMISSION ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT
DE MÉDECINE GÉNÉRALE NE PORTANT PAS SUR UN ESSAI THÉRAPEUTIQUE**

Renseignements concernant le demandeur :

1 Nom : Guyonnet Emilie
Qualité : Médecin remplaçante
Adresse : 9 allée Frédéric Mistral 31400 Toulouse
Courriel : emilieguyonnet@me.com
Numéro de téléphone 06 66 23 78 22

2 Nom : Deloule Sandra
Qualité : Médecin remplaçante
Adresse : 7 côte abbé Cazeneuve 31700
Blagnac Courriel : sandra.deloule@live.fr
Numéro de téléphone : 06 64 71 46 81

IDENTIFICATION DE LA RECHERCHE

Titre complet de la recherche : Etude des ressentis et de l'attitude pratique des médecins généralistes lors d'une insuffisance de prise pondérale chez un nourrisson allaité.

AVIS DE LA COMMISSION

Avis favorable le 30.04.2016

Serge Bismuth

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Nous sommes actuellement internes en médecine générale. Nous réalisons notre thèse sur l'allaitement maternel avec pour objectif d'étudier les ressentis et les attitudes pratiques des médecins généralistes lors d'une insuffisance de prise pondérale chez un enfant allaité.

Ce travail de recherche est dirigé par le Dr Anne Freyens, avec l'accord du DUMG et du Comité d'Éthique.

Nous avons choisi pour répondre à cette question une méthodologie de recherche qualitative, menée en binôme pour améliorer la puissance de notre étude.

En pratique, cela nécessite la réalisation d'entretiens auprès de médecins généralistes de Midi Pyrénées. Les entretiens dureront 45 minutes à 1h environ, aux lieux et à la date de votre convenance. Ils seront enregistrés à l'aide d'un dictaphone, retranscrits et analysés.

Tous les entretiens recueillis au cours du projet de recherche seront anonymisés afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements.

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation.

Vous serez informé des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant.

Consentement libre et éclairé :

Je déclare avoir lu et compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire.
Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Fait à _____, le _____

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude :

Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Fait _____, le _____

Guyonnet Emilie
06 66 23 78 22
emilieguyonnet@me.com

Deloule Sandra
06 64 71 46 81
sandra.deloule@live.fr

CONTEXTE D'ÉNONCIATION

Numéro de l'entretien : 7

Date : 13/05/2016

Lieu : S.....

1- CONTEXTE

Nous recherchions un médecin installé en **zone déficitaire** afin de diversifier notre échantillon car nous n'avions pas dans nos profils un médecin exerçant en milieu isolé.

J'ai été surprise à mon arrivé, il y avait une interne en SASPAS, il était donc **maître de stage au DUMG**. L'interne n'a pas assisté à l'entretien.

2- RÉSUMÉ DE L'ENTRETIEN

L'entretien s'est déroulé dans son cabinet, dans une ambiance détendue, nous n'avons pas été dérangés par le téléphone, mais l'interne est venue lui poser une question.

Lors de la **question 1**, il n'était pas très à l'aise, il a essayé de « bien » répondre en étant très méthodique. J'ai parfois eu l'impression qu'il avait avant l'entretien revu quelques notions concernant l'allaitement car il dit souvent « me semble-t-il que les personnes qui sont très pro allaitement font ceci ou cela... » est ce simplement une impression ou pas ?

Lors des **questions suivantes**, il était beaucoup plus « spontané » et a parlé de façon honnête et libre. Il a très bien réussi à exprimer son rôle, ses ressentis. C'est une personne qui a une grande capacité d'introspection et d'analyse de sa pratique.

3-POINTS REMARQUABLES (contenu, forme du discours)

Il a déjà rencontré cette problématique plusieurs fois dans sa pratique.

Exprime bien lors de la **première question** ses limites en matière de conseils concernant les difficultés lors de l'allaitement et donc l'orientation vers les sages-femmes.

Lors de la question 2, il se compare aux vieux médecins de famille et explique tenter d'avoir une vision très globale de chaque situation. Il a à cœur d'être très disponible.

Exprime très bien son malaise et les causes de celui-ci lors de la **question 3**.

Il n'a pas eu d'**expérience personnelle d'allaitement**. Son épouse ne ressentait pas le désir d'allaiter. Il pense que l'on sous-estime le nombre de mères dans cette situation et qu'on les culpabilise fortement. Selon lui son absence d'expérience personnelle influence sa pratique professionnelle par le malaise ressenti lié au manque d'expérience.

Il n'est pas pro allaitement car selon lui, il n'y a pas de preuves scientifiques fiables de la supériorité de l'allaitement maternel par rapport à l'artificiel. De plus, la société étant dans un mouvement pro allaitement, il se place par contradiction en opposition vis à vis de cela. Il cite l'image du balancier de Schopenhauer, en disant que dans le passé on a probablement été trop « anti allaitement », actuellement trop « pro-allaitement » et certainement dans le futur, un juste équilibre sera trouvé.

4- ÉLÉMENTS NOUVEAUX, INATTENDUS

Zone déficitaire.

Homme **plutôt contre l'allaitement maternel**, doutant de ces bénéfices.

Il apporte **plusieurs éléments nouveaux dans la question 1** : courbes de poids inadaptés aux enfants allaités, échographie lors de la 2nde consultation.

Doute sur sa légitimité de parler de l'allaitement du fait qu'il soit un homme.

5- PISTES DE RÉFLEXIONS POUR LA THÈSE

Il serait peut être intéressant de faire une **revue de la littérature sur les bénéfices de l'allaitement maternel**. Peut-être le proposer en discussion.

Annexe n°7 : Extrait de la grille d'analyse thématique

Thèmes	Sous thèmes		Codes	Étiquettes entretien 1		Étiquettes entretien A
Diagnostic	Examen clinique	De la tétée		En théorie oui	E1-25 « effectivement au cours de la consultation tu peux faire téter le nourrisson, c'est toujours bien »	
			Systematique			EA-15 « j'observe la tétée je ne donne jamais de conseils si je ne regarde pas comment le bébé tète. » EA-28 «si un enfant n'a pas repris son poids de naissance au bout de 10 jours, j'observe la tétée correcte » EA-38ter : « observer l'enfant, observer la tétée »
			Non			
			Observer la mise au sein			
			Observer l'enfant			
			La position au sein			
			La succion		E1-26-ter : « si j'ai l'impression que le nourrisson a l'air de bien prendre le sein »	
			La déglutition		E1-26-4 : « si j'ai l'impression que le nourrisson a l'air de téter correctement »	EA-27 «j'observe d'entendre et de voir la déglutition »
			Coloration		E1-28-4 : « donc s'il devient pas tout bleu, ou tout blanc »	
			Comportement de l'enfant		E1-28ter : « s'il s'endort pas au sein »	
			Observer la maman		E1-26bis : « si j'ai l'impression que la mère n'a pas l'air d'avoir mal »	
			Noter les critères de bonne tétée			EA-79 bis : «les signes d'efficacité de la tétée, il faut que ça soit repérée et moi je les coche pour chaque enfant, et je vois les progressions»

Annexe n°8 : Résumé des caractéristiques des participants

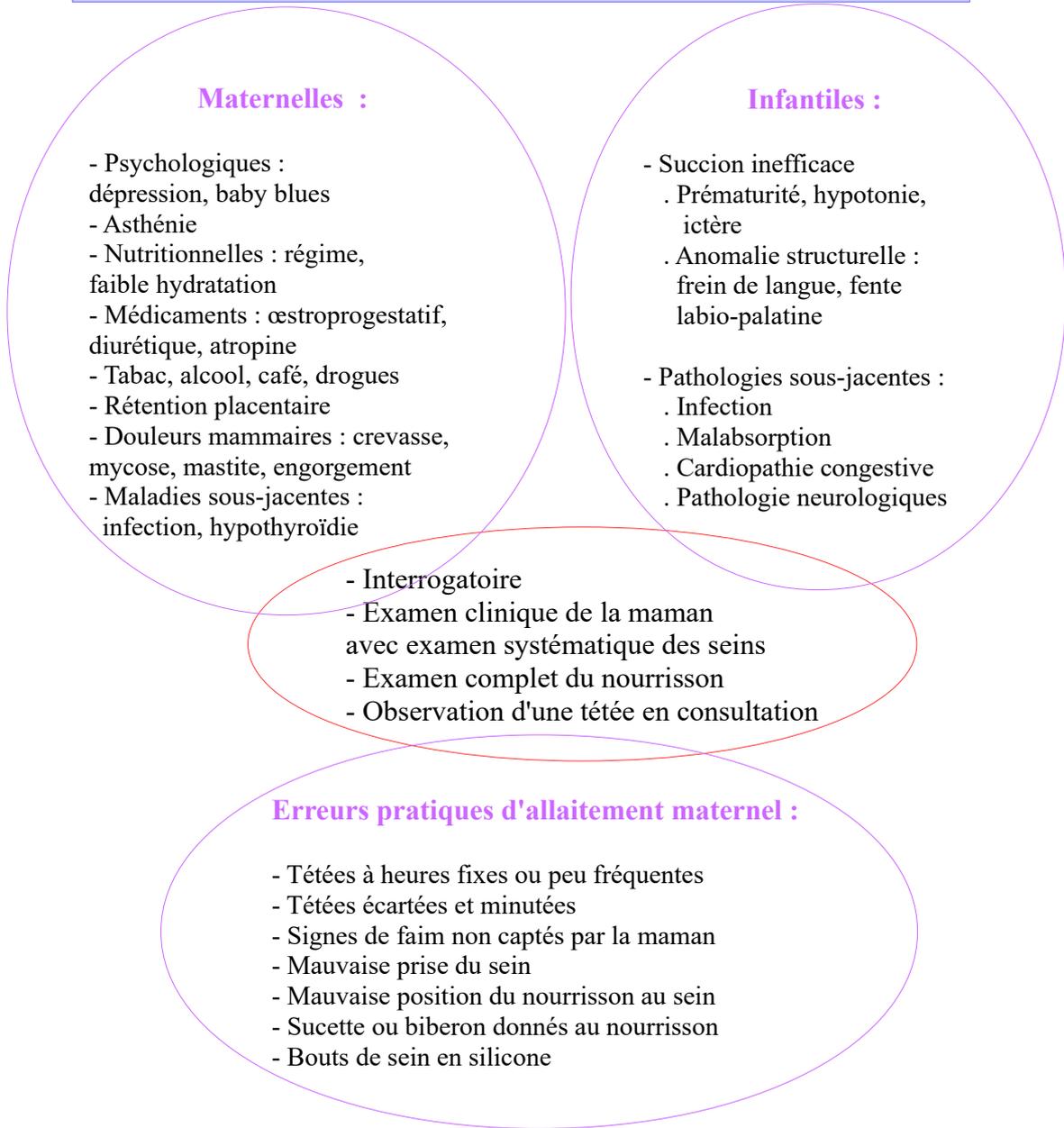
	Âge	Genre	Spécificités d'exercice	Activité de pédiatrie	Formation sur l'allaitement maternel	Nombre d'enfants	Expérience personnelle d'allaitement maternel	
							Oui/Non	Positive ou non
Entretien 1	28	Femme	Remplaçante	Moderée	DES	0		
Entretien 2	44	Homme	Non	Moderée	Non	2	Oui (2)	Mixte
Entretien 3	40	Femme	IVG médicamenteuse	Importante	Non	3	Oui (3)	Positive
Entretien 4	55	Femme	Homéopathie	Importante	Non	3	Oui (3)	Positive
Entretien 5	45	Femme	PMI	Importante	PMI	3	Oui (3)	Positive
Entretien 6	62	Homme	Population défavorisée	Importante	Non	2	Oui (2)	Négative
Entretien 7	36	Homme	Zone déficitaire	Importante	DES	2	Oui (1)	Négative
Entretien 8	29	Homme	Non	Moderée	DES	0		
Entretien A	60	Femme	PMI	Importante	PMI + DU d'allaitement	3	Oui (3)	Positive
Entretien B	56	Homme	A exercé à la Réunion	Moderée	Non	3	Oui (3)	Mixte
Entretien C	54	Femme	Non	Importante	Non	2	Oui (1)	Mixte
Entretien D	35	Homme	Non	Moderée	DES + Thèse sur l'allaitement	2	Oui (2)	Positive
Entretien E	34	Femme	DU allaitement	Importante	DU d'allaitement	2	Oui (2)	Mixte
Entretien F	72	Homme	A la retraite, remplaçant	Importante	Non	2	Oui (1)	Négative
Entretien G	27	Femme	Remplaçante	Importante	DES	0		

**PLAQUETTE DESTINÉE AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES
POUR LA PRISE EN CHARGE D'UNE INSUFFISANCE DE PRISE
PONDÉRALE CHEZ UN NOURRISSON ALLAITÉ**

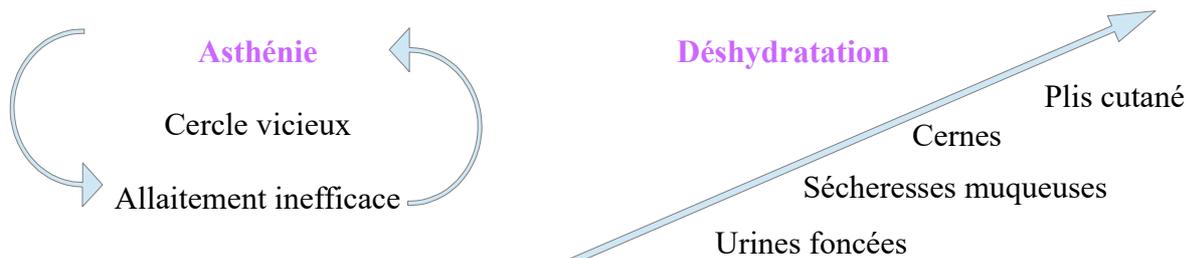
Confirmer l'insuffisance de prise pondérale

Reporter poids, taille, périmètre crânien sur les courbes OMS
(les courbes du carnet de santé sont erronées pour les nourrissons allaités)

Rechercher une cause d'insuffisance de prise pondérale



Rechercher une conséquence de l'insuffisance de prise pondérale



Diminution du nombre de couches mouillées et de la quantité de selle 51

– **Présence d'éléments inquiétants :**

- Perte poids > 8 – 10%
 - Signes cliniques de déshydratation
 - Suspicion de pathologie sous-jacente
- } **Avis spécialisé**

– **État clinique satisfaisant :**

1. Traitement étiologique si possible

2. Rassurer la mère, lui conseiller du repos et une alimentation équilibrée

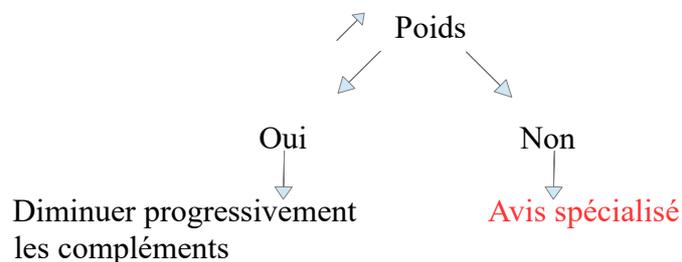
3. Optimiser la pratique d'allaitement maternel :

- Allaitement à la demande de l'enfant, dès les 1ers signes de faim, sans attendre les pleurs (8 à 12 tétées en moyenne par jour).
- Allaitement au calme.
- Mise au sein : soutenir la tête du nourrisson sans la bloquer, celui-ci aura un mouvement de recul de la tête lui permettant d'ouvrir la bouche et de prendre une large partie du mamelon.
- Position du bébé : ventre à ventre, tête alignée avec le reste du corps, menton collé au sein.
- Durée libre d'allaitement.
- Donner la totalité d'un seul sein (car la teneur en lipide augmente en fin de tétée) puis éventuellement l'autre.
- Déconseiller les bouts de sein (diminution de la lactation).
- Déconseiller les tétines et biberons (confusion sein-tétine).

4. Possibilité de donner des compléments

- Dans l'idéal → lait maternel donné à la cuillère ou à la tasse
- Sinon → lait artificiel

5. Surveillance régulière au cabinet toutes les 48-72h



Référence bibliographique : Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2005. 1152 p.

Sites d'information sur l'allaitement maternel : Leche League www.lllfrance.org/ , information pour l'allaitement info-allaitement.org/

Attitudes pratiques et vécu des médecins généralistes en cas d'insuffisance de prise pondérale d'un nourrisson allaité.

Introduction : L'OMS recommande l'allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois de vie. En France, en 2015, alors que 74% des femmes essaient d'allaiter à la maternité, la durée médiane de l'allaitement maternel exclusif est seulement de trois semaines. L'insuffisance de prise pondérale serait une des difficultés les plus fréquemment rencontrées en médecine générale. Objectifs : Explorer les attitudes pratiques et les ressentis des médecins généralistes en cas d'insuffisance de prise pondérale chez un nourrisson allaité. Explorer l'influence de l'expérience personnelle sur la prise en charge. Méthode : Étude qualitative réalisée par 15 entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes en Midi-Pyrénées. Résultats : La perte de transmission des savoir-faire sur l'allaitement liée à l'émancipation féminine est à l'origine d'un nouveau rôle social du médecin généraliste dans la prise en charge de l'allaitement. On retrouve une grande variabilité de la prise en charge d'une insuffisance pondérale chez un enfant allaité. La formation spécifique et l'expérience personnelle d'allaitement maternel auraient une influence sur l'attitude pratique. Le genre du médecin, son niveau de formation ainsi que son expérience personnelle influenceraient ses ressentis. Conclusion : Nous concluons à l'intérêt d'une formation spécifique des médecins généralistes afin de les accompagner en fonction de leur genre et de leur expérience personnelle dans leur nouveau rôle social en matière d'allaitement maternel. Nous proposons une plaquette de recommandations pour la prise en charge en médecine générale d'une insuffisance pondérale chez un nourrisson allaité.

Medical practices and experiences of general practitioners facing insufficient weight gain with a breastfed infant.

Introduction: WHO recommends exclusive breastfeeding during the first six months of life. In France, in 2015, although 74% of women tried to breastfeed in maternity wards, the median rate duration of exclusive breastfeeding is three weeks only. Weight gain insufficiency would be one of the most frequently encountered difficulties for general practitioners. Objective: Study medical practices and feelings of general practitioners facing weight gain insufficiency with a breastfed infant. Assess the effects of personal experience on practices. Method: Qualitative study realized by 15 semi-directive interviews of general practitioners, in Midi-Pyrénées. Results: Loss of breastfeeding know-how transmission between women due to feminine emancipation leads the general practitioner to play a new social role in breastfeeding medical care. Important variability of practices can be observed for the medical care of weight gain insufficiency in a breastfed infant. Specific training and personal experience on breastfeeding would influence medical practices. The sex of the general practitioner, his training level and his personal experience would influence his own feelings. Conclusion: we conclude the interest of specific training of general practitioners to support them, based on their sex and personal experience, in their new social role in breastfeeding. We propose a booklet of recommendations for management in general practice of weight gain insufficiency in a breastfed infant.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots clés : Allaitement maternel, insuffisance de prise pondérale, nourrisson, médecin généraliste, attitudes pratiques, ressentis, recherche qualitative

Faculté de Médecine Rangueil - 133 Route de Narbonne 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directrice de thèse : FREYENS Anne