



HAL
open science

État des lieux des connaissances des internes en médecine générale de Rouen concernant l'allaitement maternel

Bénédicte Puyt-Gratien

► **To cite this version:**

Bénédicte Puyt-Gratien. État des lieux des connaissances des internes en médecine générale de Rouen concernant l'allaitement maternel. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00705872

HAL Id: dumas-00705872

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00705872>

Submitted on 8 Jun 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2012

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

Bénédicte PUYT-GRATIEN

Née le 10/02/1984 à ROUEN

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 03 avril 2012

ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DES
INTERNES EN MEDECINE GENERALE DE ROUEN
CONCERNANT L'ALLAITEMENT MATERNEL.

PRESIDENT DE JURY : Monsieur le Professeur MALLET

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur GUILLERME

U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : Professeur Pierre FREGER

ASSESEURS : Professeur Michel GUERBET
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES : Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET
H.PIGUET- C.THUILLEZ

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. M-P AUGUSTIN - J. ANDRIEU-GUITRANCOURT-
M. BENOZIO - J.BORDE – Ph. BRASSEUR- R. COLIN
-E. COMOY – J. DALION - P.DESHAYES -
C.FESSARD J.P FILLASTRE - P. FRIGOT - J.
GARNIER - J.HEMET- B. HILLEMAND – G.HUMBERT
- J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M.
LE FUR - J.P.LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mlle
MAGARD –MM. B. MAITROT - M. MAISONNET -
F.MATRAY – P. MITROFANOFF-Mme A.M.
ORECCHIONI - P.PASQUIS - H.PIGUET -M.SAMSON
– Mme SAMSON-DOLLFUS - J.C.SCHRUB-R.SOYER
– B.TARDIF - TESTART - J.M.THOMINE –
C.THUILLEZ-P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation

M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Alain CRIBIER (Surnombre)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS (Surnombre)	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine Interne - Gériatrie
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence

M. Pascal JOLY	HCN	Dermato – vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Alain LAVOINNE	UFR	Biochimie et biologie moléculaire
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Xavier LE LOET	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (Surnombre)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUsETTE	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire

M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
M. Jean-Christophe RICHARD	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMANE	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-Gastro
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Jeremy BELLIN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie

Mme Sophie CLAEYSSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
---------------------	----	--------------

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Michèle GUIGOT	UFR	Sciences humaines - Techniques d'expression

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE (PU-PH)	Hématologie
M Jean-Marie VAUGEOIS (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON (MCU-PH)	Microbiologie
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON (Délégation)	Botanique
Mlle Cécile CORBIERE	Biochimie

M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mlle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
----------------------	----------------------

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Anne-Marie ANZELLOTTI	Anglais
---------------------------	---------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Bérénice COQUEREL	Chimie Analytique
M. Johann PELTIER	Microbiologie

III- MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL UFR Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINSILBERG UFR Médecine Générale

M. Alain MERCIER UFR Médecine Générale

M. Philippe NGUYEN THANH UFR Médecine Générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Emmanuel LEFEBVRE UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth MAUVIARD UFR Médecine Générale

Mme Marie Thérèse THUEUX UFR Médecine Générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB – Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS – Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

1. LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
M. Jean-Louis PONS	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Marc VASSE	Hématologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 614)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 644)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Mario TOSI	Biochimie et biologie moléculaire
M. Sergueï FETISSOV	(Unité Inserm 614)
Mme Su RUAN	Physiologie (Groupe ADEN)

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A Capucine,

Ma princesse qui m'a donné la chance de découvrir les joies de l'allaitement et m'a ainsi donné l'idée de cette thèse.

A Justin,

Pour sa présence, son affection et son soutien en toute circonstance.

A mes parents,

Pour m'avoir toujours accompagné avec amour et soutien tout au long de ma vie et de ces longues études. Sans vous tout ça n'aurait sans doute pas été possible.

A Mathilde,

Pour avoir partagé avec moi et avec le plus grand plaisir nos études et pour ta présence passée et à venir en tant que sœur et consoeur.

A Agathe,

Pour me forcer à avancer et voir le monde tel qu'il est, même si ce n'est pas toujours agréable.

A mes amis.

A tous ceux qui ont participé à ma formation et plus particulièrement,

Les Docteur Emmanuel CLERO et Christophe GUILLERME qui m'ont fait découvrir toutes les possibilités de la médecine générale et m'ont donné le goût et l'envie de poursuivre dans cette voie.

A Monsieur le Professeur Eric MALLET

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Pierre DECHELOTTE

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'évaluer mon travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'évaluer mon travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Christophe GUILLERME

Vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la direction de cette thèse.

Je vous remercie pour votre soutien, vos conseils et votre grande disponibilité.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et mon profond respect.

PLAN

A-INTRODUCTION	20
B-PARTIE I : L'ALLAITEMENT MATERNEL	21
1-DEFINITIONS	22
1-1 De l'Organisation Mondiale de la Santé	22
1-2 L'allaitement maternel en chiffres	22
1-2.1 Résultats en France	22
1-2.2 Comparaisons avec d'autres pays d'Europe	23
2-PHYSIOLOGIE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL	24
2-1 Anatomie du sein	24
2-2 Production du lait	25
2-2.1 Régulation endocrine	25
2-2.2 Régulation autocrine	25
2-2.3 Rôle de la succion	25
2-3 Composition du lait maternel	26
2-4 L'allaitement maternel à la demande	26
2-4.1 Les grands principes	26
2-4.2 Critères d'efficacité	27
2-4.2.1 Comportement de l'enfant	27
2-4.2.2 Fréquence des selles et des urines	27
2-4.2.3 Poids	27
3- BENEFCES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL	28
3-1 Pour l'enfant	28
3-1.1 Protection contre les infections	28
3-1.2 Obésité	28
3-1.3 Développement psycho-affectif	29
3-1.4 Allergies	29
3-1.5 Autres Bénéfices	30
3-1.5.1 Diabète type I	30
3-1.5.2 Hypertension artérielle	30
3-1.5.3 Maladie coeliaque	30
3-1.5.4 Maladies inflammatoires du tube digestif	30
3-1.5.5 Cancers	31
3-2 Pour la mère	31
3-2.1 Suites de couches	31
3-2.2 A long terme	31
3-3 Economiques	31
3-3.1 Pour les parents	31
3-3.2 Pour le système de santé	32
3-3.3 Pour les employeurs	32

4-PARTICULARITES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL	32
4-1 Courbes de croissances	32
4-2 Transit	34
5-FACTEURS INFLUENCANT L'ALLAITEMENT MATERNEL	34
5-1 Mise en route de l'allaitement	34
5-2 Sevrage précoce	34
5-3 Allaitement maternel prolongé	35
6-CONTRE-INDICATIONS	36
6-1 Infantiles	36
6-2 Maternelles	36
6-3 Alcool	36
6-4 Tabac	37
7-COMPLICATIONS	37
7-1 Les plus fréquentes	37
7-1.1 Crevasses	37
7-1.2 Engorgement	38
7-1.3 Mastite ou lymphangite	38
7-1.4 Insuffisance de lait	38
7-1.5 Liées au sevrage	39
7-2 Plus rares	39
7-2.1 Candidose	39
7-2.2 Vasospasme du mamelon	39
7-2.3 Dermite de contact	39
8- ALLAITEMENT MATERNEL ET MEDICAMENTS	40
8-1 Mécanismes du passage des médicaments dans le lait	40
8-2 Comment choisir	40
8-3 Sources d'information	41
9-ALLAITEMENT MATERNEL ET TRAVAIL	41
9-1 Dispositions en France	41
9-1.1 Congé maternité	41
9-1 .2 Code du travail	41
9-2 Dispositions dans le reste du monde	42
9-3 Comment extraire et conserver le lait	42
9-3.1 Extraction du lait	42
9-3.2 Conservation du lait	42
10- ALLAITEMENT MATERNEL ET PREMATURETE	43
10-1 Caractéristiques du lait et de l'enfant prématuré	43
10-2 Avantages spécifiques pour le prématuré	43
10-3 Conseils pour la mise en route de l'allaitement	43

C- PARTIE II : RESULTATS DE L'ETUDE	44
1-DESCRIPTION DE L'ETUDE	45
1-1 Objectifs de l'étude	45
1-2 Matériel et Méthode	45
1-2.1 Type d'étude	45
1-2.2 Lieu et période	45
1-2.3 Population	45
1-2.4 Questionnaire	46
1-2.4.1 Présentation du questionnaire	46
1-2.4.2 Elaboration du questionnaire	46
1-2.4.3 Contenu du questionnaire	46
1-2.5 Déroulement de l'étude	47
1-2.6 Analyse statistique	47
1-2.6.1 Analyse descriptive	47
1-2.6.2 Tests statistiques	47
2- RESULTATS DE L'ETUDE	48
2-1 Caractéristiques de la population	48
2-2 Résultats descriptifs	49
2-3 Identification des facteurs associés	61
2-3.1 En fonction du sexe	61
2-3.2 En fonction de la parité	62
2-3.3 En fonction de la participation à la Formation Médicale Complémentaire	63
D- DISCUSSION	65
1-METHODOLOGIE DE L'ETUDE	66
1-1 Echantillon	66
2-1.1 Taux de réponses et recueil	66
2-1.2 Caractéristiques de la population	66
1-2 Questionnaire	67
2- RESULTATS DE L'ETUDE	67
2-1 Question par question	67
2-2 En fonction des sous-groupes	74
2-3 Intérêt intrinsèque de l'étude	75
3- PLACE DES MEDECINS GENERALISTES DANS L'ALLAITEMENT MATERNEL	76
4- PROPOSITIONS	76
4-1 Formation des professionnels de santé	76
4-1.1 Formation médicale initiale	76
4-1.2 Formation médicale continue	78
4-2 Place d'une consultation spécialisée	78
4-3 Promotion de l'allaitement maternel	78
4-3.1 Au niveau international	79
4-3.2 Au niveau européen	79
4-3.3 Au niveau national	79

E- CONCLUSION	80
F- ANNEXES	82
Annexe 1 : Questionnaire Aller	83
Annexe 2 : Questionnaire Retour avec réponses	88
Annexe 3 : Contacts en Haute Normandie	96
Annexe 4 : Hôpital amis des Bébés	97
G- BIBLIOGRAPHIE	98

INTRODUCTION

L'allaitement maternel est le moyen idéal d'apporter aux nourrissons tous les nutriments dont ils ont besoin pour grandir et se développer en bonne santé. Sa composition et les quantités produites évoluent naturellement au cours de la tétée et de l'allaitement en général pour être toujours en adéquation avec les besoins de l'enfant. Ses bénéfices pour la santé de l'enfant et de la mère ont été maintes fois démontrés, et on sait que cet effet protecteur dépend de la durée et de l'exclusivité de l'allaitement. Les bénéfices économiques pour la famille en elle-même et pour la société en générale en diminuant les coûts de santé le sont également. L'OMS recommande de poursuivre un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois.

Pourtant les couples français sont encore trop peu nombreux à faire profiter leur enfant de cet aliment essentiel. Est-ce dû à une mauvaise représentation culturelle et sociale de l'allaitement ? Ou bien à une impression de difficulté trop importante pour mettre en route et prolonger l'allaitement suffisamment longtemps pour que ses bénéfices soient réels ? Ou ne sont-ils pas suffisamment informés avant et après l'accouchement ? Bien qu'ils aient augmentés depuis la mise en place du PNNS en 2005 avec des actions de promotion de l'allaitement maternel, les taux d'allaitement en France restent malgré tout faibles comparativement à nos voisins européens.

Durant cette période, nombreux sont les doutes qui envahissent la maman, et une fois sortie de la maternité, cette dernière se dirige tout naturellement vers son médecin généraliste pour qu'il réponde à ses questions, notamment au cours de la consultation réalisée entre J8 et J15 suivant la naissance de l'enfant.

Des actions de promotions notamment par la formation médicale continue des professionnels de santé susceptibles d'être en contact avec les femmes allaitantes ont été mises en place depuis 2005, mais qu'en est-il des connaissances en la matière des internes de médecine générale à la fin de leur cursus universitaire ?

L'objectif principal de cette étude est de faire un état des lieux des connaissances des internes de médecine générale, sur le point de valider leur DES, sur leur capacité à accompagner le couple mère-enfant au mieux dans leur allaitement et de voir s'ils peuvent donner les conseils adéquats au cours de ces consultations.

L'idée de traiter cette question m'est venue lorsque j'ai moi-même été confronté à des difficultés au cours de mon propre allaitement. N'ayant pas su trouver seule les réponses à mes interrogations, je me suis demandée si mes co-internes se trouvaient devant les mêmes difficultés lorsqu'ils étaient confrontés aux questions relatives à l'allaitement maternel.

PREMIERE PARTIE

1- DEFINITIONS

1-1 De l'Organisation Mondiale de la Santé ¹

L'allaitement maternel est défini comme étant l'alimentation donnée au nouveau-né par le lait de sa mère.

Pour l'OMS, on différencie :

-Allaitement exclusif : lorsque que l'enfant reçoit uniquement le lait de sa mère, ce qui exclut tout autre ingesta solide ou liquide, y compris l'eau.

-Allaitement partiel : lorsque l'enfant reçoit un autre aliment que le lait maternel (lait artificiel, céréales, aliment solide). Celui-ci est dit majoritaire s'il représente plus de 80% des apports de l'enfant et est dit faible s'il représente moins de 20% de ces apports.

Cette définition ne tient pas compte des suppléments vitaminiques et en sels minéraux.

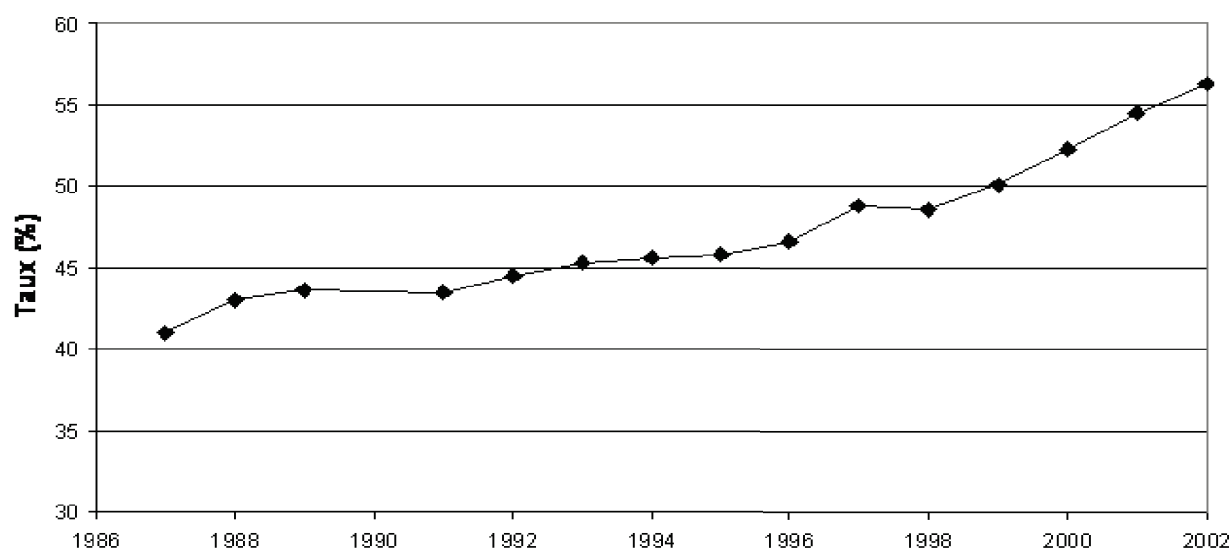
1-2 L'allaitement maternel en chiffres

1-2.1 Résultats en France ²

Même si la France reste loin derrière les autres pays d'Europe en ce qui concerne la prévalence de l'allaitement maternel, ses taux se sont nettement améliorés.

En effet en 1998, 52,5% des enfants étaient allaités à la sortie de la maternité dont 45% exclusivement ; en 2003 ils sont devenus 62,5% au total dont 56 % exclusivement

Les dernières données datant de 2007 confirment cette hausse avec d'après les certificats de santé du 8^{ème} jour, 66,3% d'enfants allaités à la sortie de la maternité.

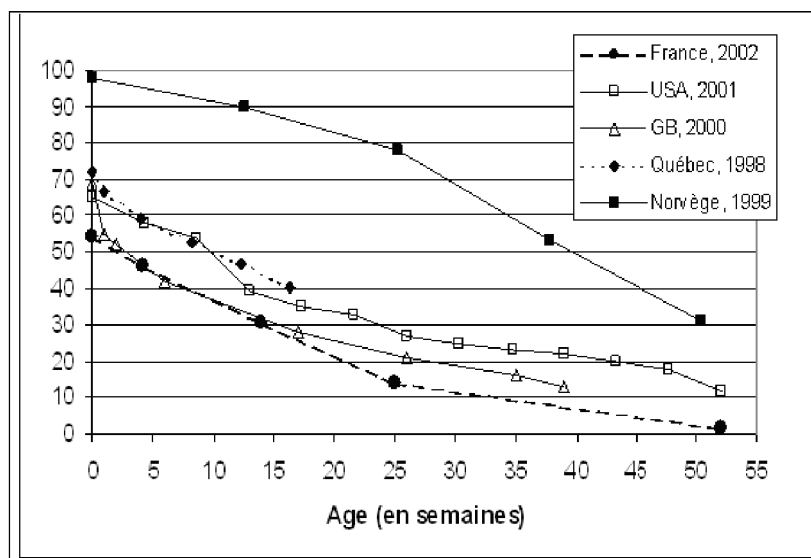
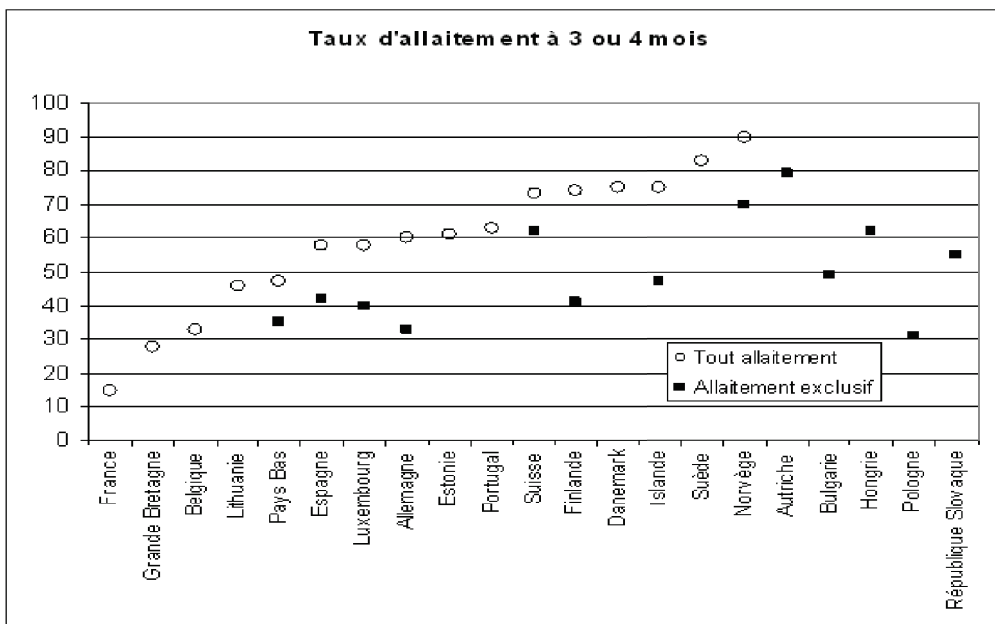


La durée moyenne de l'allaitement maternel en France est de 10 semaines, chiffre également nettement inférieur à nos voisins européens.

1-2.2 Comparaison avec d'autres pays d'Europe ³

La prévalence de l'allaitement maternel dans le reste de l'Europe est nettement supérieure à celle atteinte en France au moment de l'initiation de l'allaitement. En effet l'initiation de l'allaitement est de plus de 95% en Suède et en Norvège, de 90% au Danemark, de 85% en Allemagne, de 75% en Italie et de 70% au Royaume-Uni.

Cette tendance se confirme sur les taux d'allaitement maternel à 3-4mois et également sur la durée médiane de l'allaitement comme le montre les schémas ci-dessous :



De même aux Etats-Unis, le taux d'allaitement maternel toutes ethnies confondues atteint 69% à la sortie de la maternité et 29% à 5-6 mois. Il existe cependant de grandes disparités inter ethniques.

2- PHYSIOLOGIE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

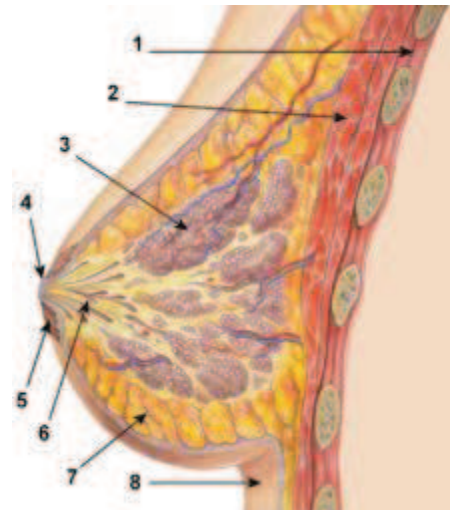
2-1 Anatomie du sein

Chez tous les individus, des deux sexes, de l'âge embryonnaire à l'âge adulte, le sein est constitué d'un réseau galactophore.

Seules les femmes, sous l'influence hormonale qui débute à la puberté, qui varie le long des cycles et pendant la grossesse vont développer la partie glandulaire du sein.

Schéma anatomique du sein

1. Cage thoracique
2. Muscles pectoraux
3. Lobules
4. Mamelon
5. Aréole
6. Canaux galactophores
7. Tissu adipeux
8. Peau



Ces glandes lactogènes dites mammaires deviennent actives en période d'allaitement et produisent le lait qui sera déversé par des canaux galactophores séparés au niveau du mamelon.

L'aréole est pourvue de fibres musculaires lisses qui contrôlent la fonction excrétrice du sein au moment de la lactation.

Le sein est un organe richement vascularisé (artère axillaire, artère thoracique interne et artères intercostales) ce qui sera très important au moment de l'initiation de l'allaitement et de la montée laiteuse au 3^{ème} jour après l'accouchement.

Outre sa fonction biologique initiale, le sein féminin, caractère sexuel secondaire, joue un rôle important dans la séduction, l'érotisme et la sexualité.

2-2 Production du lait ⁽⁴⁾

Le lait maternel est fabriqué par les cellules de l'épithélium mammaire sous l'influence de deux mécanismes de régulation : une régulation endocrine, centrale et une régulation autocrine, locale qui sont toutes deux dépendantes de la succion que fera l'enfant.

2-2.1 Régulation endocrine

C'est l'hypothalamus qui va déclencher la lactation en donnant l'autorisation à l'hypophyse de libérer deux hormones qui jouent un rôle prédominant dans l'allaitement.

Tout d'abord la prolactine qui est responsable de la production lactée au niveau des cellules glandulaires du sein, et ensuite l'ocytocine qui va permettre le réflexe d'éjection du lait au niveau des alvéoles en entraînant une contraction des fibres myo-épithéliales.

La synthèse de ces deux hormones hypophysaires, se fait en réponse à la stimulation de l'aréole mamelonnaire par la succion

Cette régulation endocrine peut rencontrer des blocages en cas de stress maternel, de grande fatigue ou d'émotion importante.

2-2.2 Régulation autocrine

Il s'agit d'un mécanisme de régulation intrinsèque à la glande mammaire qui agit par rétrocontrôle négatif en inhibant la synthèse lactée tant que le volume de lait restant au niveau des alvéoles est trop important.

Ceci explique pourquoi tous les facteurs qui restreignent l'extraction de lait à la demande sont responsables d'une inhibition de la production lactée comme c'est le cas si on impose des horaires de tétées, si la position de l'enfant n'est pas bonne donnant un mauvais transfert de lait et en cas d'engorgement.

2-2.3 Rôle de la succion

C'est le réflexe neuro hormonal qui conduit à la mise en route de la lactation selon 5 étapes : d'abord le bébé tète et envoie donc un signal à l'aréole, ceci stimule les nerfs sensitifs qui conduisent l'information au niveau central jusqu'à l'hypothalamus. Ce dernier lève l'inhibition qu'il exerçait sur l'hypophyse qui va pouvoir sécréter l'ocytocine et la prolactine. Les deux hormones vont arriver par la circulation sanguine aux seins et donc fabriquer le lait.

2-3 Composition du lait maternel

La composition du lait maternel est significativement différente de celle du lait de vache qui sert de base à la fabrication du lait artificiel.

Sa composition à la particularité de varier au cours du temps et au cours même d'une tétée. Au début de la vie, le lait appelé colostrum est très riche en protéines. Le lait atteint sa composition définitive à la fin du premier mois de vie.

Le lait maternel est composé à 87% d'eau, d'où une absence de nécessité d'apporter de l'eau dans un allaitement exclusif. Il y a ensuite une majorité de lactose, un peu de lipides et moins d'1% de protéines.⁵

Cette faible quantité protéique est adaptée à l'immaturation des reins de l'enfant. Les protéines retrouvées dans le lait maternel sont essentiellement de la caséine qui participe à la bonne digestibilité du lait et à la rapidité du transit gastro-intestinal⁽⁵⁾ et les protéines solubles (IgA sécrétoires, IgG, IgM) qui contribuent à la protection immunitaire.

Les lipides contenus dans le lait maternel sont des acides gras polyinsaturés qui améliorent la maturation cérébrale et rétinienne et du cholestérol qui contribue au bon développement des structures cérébrales de l'enfant.⁽⁵⁾

Enfin les glucides représentés par le lactose et les oligosaccharides, alors que le lait de vache n'est composé que de lactose.⁽⁵⁾ Ils participent au bon développement des structures cérébrales et à la défense contre les agressions infectieuses gastro intestinales.⁽⁶⁾

2-4 L'allaitement maternel à la demande

2-4.1 Les grands principes⁽⁴⁾

Le principe de l'allaitement maternel à la demande repose sur le fait que c'est la mère qui s'adapte au rythme de son enfant et non pas l'inverse. Pendant les premières semaines, l'enfant se réveille mais ne sait pas encore s'il a faim, il est donc essentiel pendant cette période de ne pas attendre les pleurs de l'enfant pour lui proposer le sein mais de le faire téter à chaque période d'éveil calme.

Le nombre de tétée quotidienne est très variable d'un enfant à l'autre. Il faut oublier les six tétées par jour avec intervalle de 3h entre chaque. C'est l'enfant qui décide de l'espace qu'il met entre deux tétées en fonction de sa soif, des capacités de production de la mère, des besoins de thermorégulation, de son nombre d'éveil. En dehors des cas pathologiques dans lesquels les enfants ont besoin d'être stimulés, il ne faut pas réveiller un enfant qui dort pour lui donner à manger parce que c'est l'heure. Dans la réalité des faits, les enfants nourris au sein tètent entre 7 et 12 fois par jour au début.

Il convient de laisser le bébé téter autant qu'il en a envie. En moyenne une tétée dure entre 20 et 25 minutes mais il n'y a pas de règle, certains téteront 10 minutes et d'autres 45 minutes, c'est l'enfant qui gère le rythme de la tétée. Seul le niveau de fatigue maternel et l'état de ses seins peuvent poser problème.

2-4.2 Critères d'efficacité ⁽⁷⁾

2-4.2.1 Comportement de l'enfant

C'est le signe le plus important. Un bébé qui s'assoupit, détendu à la fin de la tétée a suffisamment mangé. Il pourra dormir 5 à 6 heures d'affilée.

2-4.2.2 Fréquence des selles et urines

Un bébé qui a assez à manger va mouiller ses couches abondamment. Le seuil déterminé est de 5 à 6 couches bien mouillées d'urines par 24h.

En ce qui concerne les selles, c'est beaucoup plus variable. De manière générale, les selles de nouveau-né allaité sont jaunes d'or, granuleuses, assez liquide parfois verdâtres. Leur fréquence varie beaucoup allant d'une selle après chaque tétée à une selle par semaine voire moins.

2-4.2.3 Poids

C'est le dernier critère d'efficacité qui ne peut s'interpréter que sur la durée. Après la perte de poids physiologique qui suit la naissance et peut atteindre 10% du poids de naissance, la prise de poids va reprendre. On attend du bébé qu'il ait retrouvé son poids de naissance à 10 jours de vie.

Pendant le premier trimestre, l'enfant va prendre 1g par heure soit environ 25g par jour. Puis cette prise de poids quotidienne va diminuer pour atteindre 10g par jour au 4^{ème} trimestre de vie.

La première cause de mauvaise prise pondérale d'un enfant allaité est la limitation par la mère de la fréquence et de la durée des tétées.

3- BENEFICES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

3-1 Pour l'enfant

3-1.1 Protection contre infections

Le lait maternel contribue à une meilleure défense de l'enfant contre les infections digestives, ORL et respiratoires. Une des caractéristiques du nouveau-né est l'immaturation de son système immunologique, il est donc moins bien armé contre les agressions des agents pathogènes.

L'allaitement maternel permet de pallier à cette immaturité, indirectement en retardant l'involution du thymus ce qui permet de maintenir le système lymphocytaire et directement car il contient d'une part des substances immuno modulatrices qui participent au développement du système immunitaire. Le lait maternel contient également des substances comme les IgA immuno sécrétoires qui vont directement s'opposer au développement des bactéries, virus et champignons. Enfin le lait maternel renforce les défenses épithéliales intestinales et respiratoires ce qui diminue les possibilités de passage des agents pathogènes. ⁽⁵⁾

Par ailleurs, il a été observé que la flore bactérienne intestinale des nourrissons allaités était plus riche en bifido-bactéries, ce qui participe à la prévention des infections digestives. Cet effet préventif a été particulièrement démontré en diminuant l'incidence des diarrhées infectieuses invasives notamment à Rotavirus . Cette diminution est corrélée à la durée de l'allaitement.

Enfin l'allaitement diminue significativement l'incidence et la gravité des infections ORL (rhinites, otites) et des infections respiratoires basses notamment celles liées au Virus respiratoire Syncytial (VRS). De même, l'allaitement maternel protègerait du risque d'avoir un asthme installé à l'âge de 6ans, facteur protecteur également dépendant de la durée de l'allaitement. ⁽⁸⁾

3-1.2 Obésité

Il a été démontré a de nombreuses reprises que l'allaitement maternel diminue le risque de surpoids et d'obésité dans l'enfance et l'adolescence. Ce risque est directement corrélé à la durée de l'allaitement. En effet un allaitement maternel exclusif pendant 3 mois au moins diminuerait ce risque ; cette association est plus importante pour filles que pour les garçons.⁽⁹⁾ De plus chaque mois supplémentaire d'allaitement maternel exclusif diminuerait le risque d'obésité de 4% de plus. ⁽¹⁰⁾

Plusieurs mécanismes ont été évoqués pour expliquer cet effet préventif de l'allaitement : tout d'abord une prise de poids moins importante en période néonatale est associée avec

une prise de poids moins importante à l'adolescence ⁽¹⁰⁾, ensuite les nourrissons au sein régulent eux même la quantité de lait ingérée contrairement à ceux nourris au biberon pour lesquels les parents peuvent contrôler la quantité bue et, restimuler l'enfant si cela leur semble insuffisant. Enfin un mécanisme biochimique, car les enfants nourris au biberon ont une insulïnémie plus élevée, ce qui pourrait stimuler le développement des adipocytes et de l'adipogénèse. ⁽⁵⁾

3-1.3 Développement psycho affectif

Les bénéfices de l'allaitement maternel en matière de développement psycho affectif ont été démontrés depuis de nombreuses années ⁽¹¹⁾ mais restent très controversés. L'amélioration des capacités est globale sur les performances visuelles et motrices.

Plusieurs facteurs ont été identifiés : tout d'abord certains venant du lait lui-même, notamment les acides gras poly insaturés à longue chaîne et le DHA qui favorisent la maturation de la rétine et du cortex cérébral. Et enfin le fait que les enfants allaités plus longtemps restent avec leur mère et sont donc souvent plus stimulés.

L'effet sur le développement cognitif a été particulièrement mis en évidence chez les enfants fragiles (prématurés et hypotrophes). ⁽⁵⁾

3-1.4 Allergies ⁽⁵⁾

Les allergies alimentaires sont fréquentes puisqu'elles touchent 5% des enfants d'âge scolaire. Il est important d'identifier les enfants à risque allergique, car seuls ces enfants-là nécessitent une prévention particulière contre les allergies.

Un enfant est à risque allergique s'il a au moins un parent au 1^{er} degré allergique, le risque pour cet enfant d'être également allergique est de 20% si un parent est atteint et de 43% si les 2 parents le sont.

De nombreuses études ont montré que l'allaitement au sein serait un facteur protecteur contre les allergies, mais cette protection s'inverserait en cas d'allaitement prolongé. De même ce facteur protecteur n'existe qu'en cas d'allaitement maternel exclusif et il est recommandé pour les enfants à risque jusqu'à 6 mois

L'allaitement maternel diminue le risque ainsi que la gravité des allergies alimentaires (si aucune préparation lactée n'a été donnée pendant les premiers jours de vie), de dermatite atopique et des allergies respiratoires telles que l'asthme et les rhinites. Pendant l'allaitement, un régime alimentaire adapté des mères d'enfants à risque, joue également un rôle en diminuant le taux d'apparition d'eczéma. Ce régime consisterait à éviter l'arachide et la noix et pour les enfants à très haut risque une éviction des œufs, du lait et du poisson serait également recommandée.

3-1.5 Autres bénéfiques

3-1.5.1 Diabète de type 1 ⁽⁵⁻¹²⁾

Le diabète de type 1 est une maladie auto-immune dans laquelle des lymphocytes T détruisent les cellules bêta des îlots de Langerhans. Des facteurs génétiques ont été retrouvés comme étant responsable de cette maladie, mais il y a également un rôle des facteurs environnementaux parmi lesquels on retrouve l'allaitement maternel.

En effet les enfants nourris au sein pendant les 3 à 6 premiers mois de leur vie, ne sont pas en contact avec les protéines de lait de vache qui ont une structure semblable aux cellules bêta. Une rencontre trop précoce avec ces protéines pourrait entraîner une immunisation contre celles-ci et donc la fabrication d'anticorps à distance contre les cellules bêta des îlots de Langerhans. Par ailleurs, par son rôle protecteur contre les infections intestinales, l'allaitement pourrait également jouer un rôle dans la protection contre le diabète insulino-dépendant en diminuant le risque d'infections virales telles que coxsackies ou rotavirus qui sont diabéto-gène.

3-1.5.2 Hypertension artérielle

Ce rôle protecteur est encore controversé, mais une diminution moyenne de la TA systolique a été démontrée chez les enfants allaités. Ce rôle serait lié au taux important d'acides gras polyinsaturé dans le lait maternel qui améliore la structure des membranes cellulaires de l'endothélium vasculaire.

3-1.5.3 Maladie coeliaque

Tout comme le diabète la maladie coeliaque est une maladie auto-immune dépendant de facteurs génétiques et environnementaux. L'allaitement maternel joue un rôle protecteur dans l'apparition de cette maladie en retardant l'introduction du gluten. Cette protection est d'autant plus importante que l'allaitement maternel est exclusif et que la diversification alimentaire est tardive.

3-1.5.4 Maladies inflammatoires du tube digestif (Recto Colite Hémorragique et maladie de Crohn)

Là encore, le rôle protecteur de l'allaitement maternel est controversé mais certaines études ont montré une diminution du risque de développer une maladie inflammatoire du système digestif chez les enfants nourris au sein. Ceci serait dû à 2 facteurs : d'une part l'allaitement stimule la maturation et le développement de la muqueuse intestinale et d'autre part il permet de lutter contre les infections intestinales.

3-5.1.5 Cancers de l'enfant

Il n'est pas possible de confirmer ou d'infirmer le rôle protecteur de l'allaitement vis-à-vis de ces maladies, néanmoins quelques études ont observé un risque plus important de développer un cancer chez les enfants qui ont été nourris artificiellement dès la naissance.

3-2 Pour la mère

3-2.1 Suites de couches

De nombreux bénéfices pour la santé de la mère en post-partum immédiat ainsi qu'à long terme ont été démontrés.

Pour beaucoup, l'allaitement maternel est considéré comme l'ultime étape de l'accouchement ; en effet la mise au sein précoce de l'enfant augmente le taux de contractions utérines ce qui diminue le taux d'hémorragie de la délivrance. De même, un allaitement maternel qui se déroule bien permet une amélioration de la relation mère enfant avec une meilleure estime de soi. Enfin à court terme, on note une diminution du nombre de dépression du post-partum du fait de la production d'ocytocine qui est l'hormone du plaisir. ⁽¹³⁾ Ces mamans vont également avoir plus de facilité à retrouver leur poids surtout pendant les trois premiers mois du post-partum ; en effet l'allaitement représente un coût énergétique important pour lequel une mobilisation des graisses accumulées pendant la grossesse est nécessaire. ⁽⁵⁾

3-2.2 A long terme

Des années après l'allaitement, il a été démontré des bénéfices en matière de protection maternel contre les cancers du sein avant la ménopause et les cancers de l'ovaire à tout âge. Enfin l'allaitement est un facteur protecteur contre l'ostéoporose, en effet on a noté une diminution du taux de tassements vertébraux et de fracture de hanche chez les femmes ayant allaité.

3-3 Economiques

Le lait maternel est l'aliment le plus adapté aux besoins nutritionnels de l'enfant et est bon marché. Le bénéfice économique de l'allaitement maternel concerne tout le monde.

3-3.1 Pour les parents ⁽¹⁴⁾

En effet une étude a montré qu'un allaitement maternel exclusif les 6 premiers mois de la vie et partiel avec la diversification alimentaire permettait de faire une économie de 885 \$

pour le foyer. L'économie repose sur les consommables : lait artificiel, eau en bouteille, biberon, chauffe biberon ainsi que sur les consommables comme l'eau pour nettoyer les biberons, l'électricité pour les faire chauffer.

3-3.2 Pour le système de santé ^(14 et 15)

Comme nous l'avons vu plus haut, l'allaitement maternel protège contre de nombreuses infections. Ceci permet une réduction du nombre de consultations en ville, du nombre de médicaments ingérés et du nombre d'hospitalisations.

En effet on retrouve une baisse d'un tiers des hospitalisations pour affection respiratoire par rapport aux bébés nourris artificiellement ⁽⁵⁾ et à 12 mois le nombre de consultations et hospitalisations pour affections respiratoires, bronchites asthmatiformes et bronchiolites est significativement moins important chez enfants allaités exclusivement plus de 3 mois.

Enfin, il y a également une diminution des coûts de santé de la mère avec une réduction du nombre de cancers du sein et des fractures ostéoporotiques.

3-3.3 Pour les employeurs

Les enfants étant moins souvent malades, il y a moins d'absentéisme parental, ces derniers sont plus productifs et on note une diminution du turn-over des employés dans les entreprises. ⁽¹⁶⁾

4- PARTICULARITES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

4-1 Courbe de croissance ⁽¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹⁾

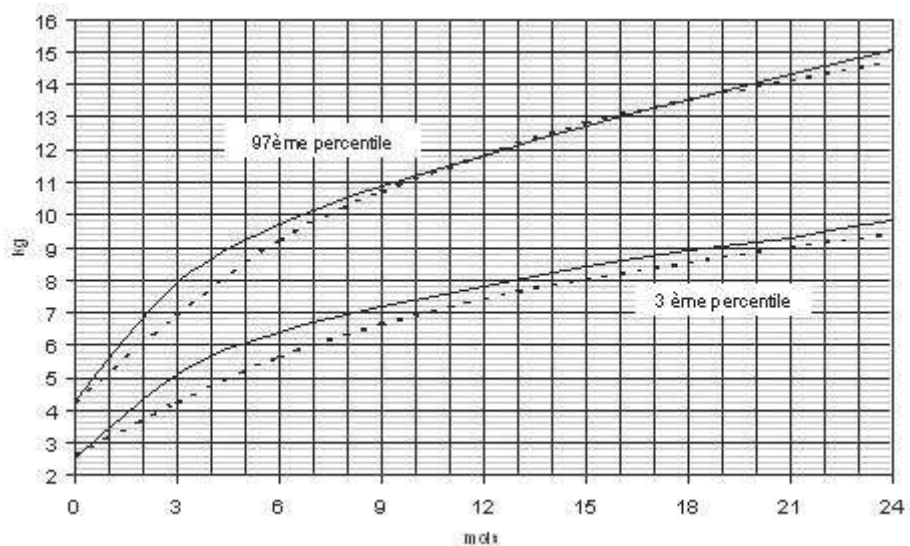
Ces dernières années plusieurs études ont été menées afin de comparer la prise de poids des enfants allaités exclusivement avec celle des autres bébés.

Il existe une différence significative durant les premiers mois, puisque les enfants allaités vont prendre du poids plus vite les 3 premiers mois puis la prise de poids va s'infléchir légèrement à partir du 4^{ème} mois. A 2 ans, il n'y a plus de différence entre les enfants allaités et ceux nourris au biberon.

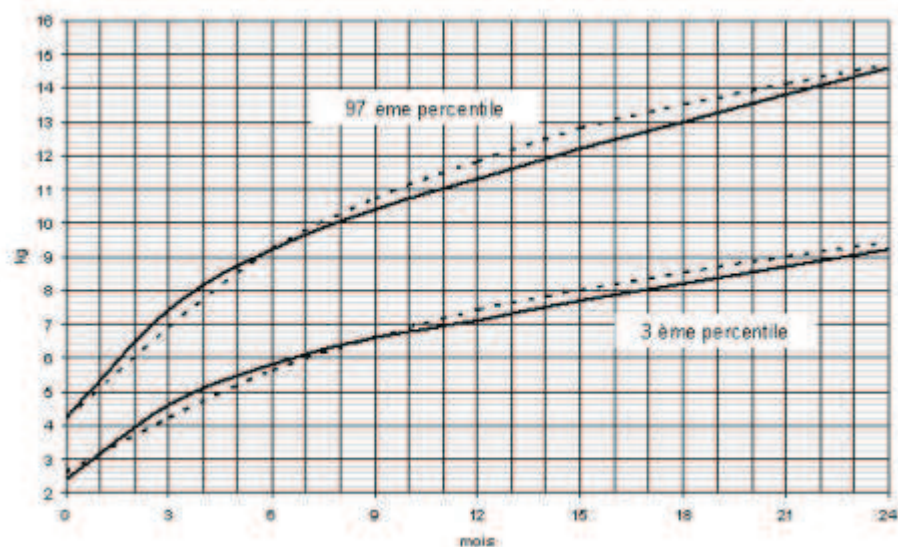
Connaître ces différences permet d'éviter des erreurs telles que proposer une restriction de l'allaitement inappropriée les premiers mois et au contraire introduire des compléments alimentaires lorsque la prise de poids devient moins rapide passé le 4^{ème} mois.

L'OMS a ainsi publiée en 2006 des nouvelles courbes de croissance qui sont adaptées quel que soit le mode d'alimentation et qui sont différentes en fonction du sexe, ce qui n'est pas le cas des courbes que l'on retrouve dans le carnet de santé des enfants français.

Comparaison des courbes de croissance de l'OMS (trait plein) et des courbes française (pointillés) pour les garçons dans les 24 premiers mois :



Comparaison des courbes de croissance de l'OMS (trait plein) et des courbes française (pointillés) pour les filles dans les 24 premiers mois :



4-2 Transit ⁽²⁰⁾

Contrairement au bébé nourri au biberon pour lequel on attend un transit régulier, le transit du bébé allaité exclusivement est très variable.

Il peut aller d'une selle après chaque tétée soit 8 à 10 selles par jour ou alors les selles peuvent s'espacer avec le temps pouvant être d'une selle tous les 5-6 jours et dans de rares cas une selle par mois.

Il n'y a pas d'inquiétude à avoir tant qu'il s'agit d'un allaitement maternel exclusif et qu'il n'y a pas de signe d'organicité comme ballonnement, anorexie, vomissements, douleur, altération de l'état général et cassure de la courbe de poids.

5- FACTEURS INFLUENCANT L'ALLAITEMENT MATERNEL

5-1 La mise en route de l'allaitement

Le profil socio démographique et culturel des femmes joue un rôle très important dans le choix pris d'allaiter ou non. En effet, les femmes avec un niveau socio-éducatif élevé, âgées de plus de 30 ans, mariées, ayant elles même été allaitées et d'origine géographique étrangère vont plus souvent prendre la décision d'allaiter. ⁽²¹⁻²²⁾

Un antécédent personnel d'expérience positive en matière d'allaitement, l'absence de tabagisme, un entourage confiant et en faveur de l'allaitement vont également inciter les femmes à initier l'allaitement.

L'accouchement par voie basse est également associé à un plus grand taux d'initiation de l'allaitement. ⁽²¹⁾

5-2 Le sevrage précoce

Le sevrage est défini comme étant l'arrêt complet de l'allaitement maternel ; il ne doit pas être confondu avec un allaitement mixte ou la diversification alimentaire. ⁽¹⁾

Le sevrage est dit précoce lorsqu'il se fait plus tôt que ce qu'avait prévu le couple au moment de l'initiation de l'allaitement.

Les principales causes retrouvées de sevrage précoce dans le premier mois de l'allaitement sont regroupées en 3 catégories : celles liées au bébé et à la naissance, celles liées à la mère et celles liées au système de santé.

Les causes liées au bébé sont la prématurité, plus par manque d'initiation de l'allaitement, une faible prise de poids pendant la première semaine et des problèmes de succion. ⁽²³⁾

L'accouchement par césarienne est également associé avec un sevrage plus précoce.

Les causes d'origines maternelle sont une décision tardive dans la volonté d'allaiter (en fin de grossesse ou à la naissance)⁽²³⁾, une impression de baisse de lait et donc que son enfant a faim, impression que son lait n'est pas bon, des pleurs du bébé donnant l'impression à la maman que ce dernier a faim, un désir de retrouver plus de disponibilité et une envie de reprendre la contraception antérieure.⁽²⁴⁾

Enfin la dépression post natale, retrouvée chez 18% des mères est également associée à un sevrage précoce⁽²⁵⁾ ce qui ne serait pas le cas du baby blues retrouvé chez 48% des femmes.⁽²⁴⁾ Le respect d'un intervalle régulier entre 2 tétées multiplie par deux le risque de sevrage précoce.

Le sevrage précoce peut également être le fait de professionnels de santé qui préconisent un arrêt de l'allaitement en cas de crevasses, fièvre maternelle, prise médicamenteuse. Une mise au sein tardive à la naissance est également un facteur de risque de sevrage précoce.⁽²⁶⁾

De même, l'introduction de compléments alimentaires à la maternité avant le dixième jour de vie est responsable d'une diminution de la durée de l'allaitement ; tout comme le fait de donner une tétine à l'enfant en modifiant la façon de téter ce qui entrainera des difficultés à la prise du sein et donc une baisse de lait.⁽²¹⁾ Une perte de poids initiale supérieure à 10% observée en maternité est également un facteur de risque d'arrêt précoce de l'allaitement.⁽²⁷⁾

5-3 Allaitement Maternel prolongé

Tout comme pour le sevrage précoce, on retrouve 3 catégories de facteurs influençant positivement un allaitement maternel : les facteurs intrinsèques au couple mère-enfant, des facteurs liés au système de santé et des facteurs liés aux politiques de santé publique.

Comme pour l'initiation, les femmes de plus de 30ans avec un niveau socio-éducatif élevé, multipares, ayant planifiées leur grossesse et ayant pris la décision d'allaiter avant la grossesse ou au cours du premier trimestre vont allaiter plus longtemps.⁽²²⁻²⁸⁾ De même, celles qui ont une volonté de prendre un congé parental et celles d'origines étrangères vont allaiter plus longtemps.⁽²²⁾ Les femmes ayant confiance en elle et un sentiment d'auto efficacité vont également avoir tendance à poursuivre leur allaitement.⁽²³⁾

Les raisons qui poussent ces femmes à allaiter plus longtemps sont les suivantes : connaissance que le lait maternel est l'aliment le plus adapté, relation privilégiée mère-enfant, connaissance sur la protection immunitaire que cela apporte à leur enfant et enfin le coût quasi nul de l'allaitement maternel exclusif.

Les femmes ayant reçues une information pré natales sur l'allaitement et celles ayant assistées aux cours de préparation à l'accouchement vont allaiter généralement plus de 4 mois.⁽²⁸⁾ A la naissance, la mise précoce de l'enfant au sein est également associée avec un

allongement de la durée de l'allaitement ⁽²³⁾. Enfin un accouchement par voie basse sans complication d'un bébé né à terme est également associé un allaitement plus long. ⁽²²⁾

Depuis quelques années les politiques de santé publique ont également favorisées un allaitement maternel prolongé, notamment en régulant les publicités et la distribution des échantillons de substituts de lait maternel. L'initiative « hôpital ami des bébés » de l'OMS et l'Unicef joue également un rôle important dans l'initiation et donc la poursuite de l'allaitement comme le montre l'étude de Merten et Al ⁽²⁹⁾. Enfin les pays qui ont mis en place un allongement du congé maternité rémunéré (comme les pays scandinaves) ont des taux d'allaitement en général, d'allaitement exclusif et d'allaitement prolongé nettement supérieurs aux nôtres. ⁽²³⁾

6- CONTRE INDICATION A L' ALLAITEMENT MATERNEL

6-1 Infantiles

La seule contre-indication liée au nouveau-né est une anomalie congénitale du métabolisme qui est la galactosémie puisque le lait maternel contient du lactose que l'enfant ne saura pas métaboliser. ⁽¹⁾

6-2 Maternelles

Pour la mère, les contre-indications sont également rares : infection par le VIH avec un risque de transmission à l'enfant pouvant aller jusqu'à 22%, ce risque est plus élevé quand la virémie est haute et en cas de lésion du sein ⁽⁵⁾. Ce n'est pas le cas pour le virus de l'hépatite B et de l'hépatite C pour lesquels le risque de transmission à l'enfant est négligeable.

Les traitements en cours qui peuvent être toxiques pour le nouveau-né comme les quadri-thérapies anti-tuberculeuse ou les chimiothérapies dans le cadre de cancers et hémopathies sont également une contre-indication. Tout comme les maladies cardio-vasculaires et respiratoires sévères. ⁽¹⁾

Enfin la plus fréquente des contre-indications est le non désir de la mère d'allaiter.

6-3 Alcool ⁽³⁰⁾

Le mécanisme de passage de l'alcool dans le lait est maintenant bien connu et a montré que le taux d'alcool dans le lait maternel est identique au taux sérique d'alcool avec un pic lacté obtenu en 30 à 60 minutes si l'alcool est consommé à jeun et en 60 à 90 minutes s'il est absorbé avec des aliments. Tirer son lait n'aura pas d'impact sur la rapidité d'élimination de l'alcool dans le lait maternel.

Par ailleurs il a été démontré que l'alcool diminue le taux d'ocytocine ce qui conduit à un moins bon réflexe d'éjection et augmente le taux de prolactine et donc la quantité produite de lait. Le risque est donc un engorgement pouvant durer plusieurs heures.

Même si en faible quantité, il n'a pas été démontré de conséquence néfaste due à la consommation d'alcool chez le nouveau-né, il est de bon sens d'en restreindre les occasions ou de tirer son lait avant la prise d'alcool en quantité suffisante pour pallier à la durée d'élimination complète d'alcool dans le sang et donc dans le lait.

6-4 Tabac ⁽³¹⁾

Tout comme pour l'alcool, le mécanisme de passage lacté de la nicotine est bien connu. Très rapidement après la consommation de cigarette, le taux de nicotine dans le lait est élevé et peut avoir des effets néfastes pour l'enfant comme : une modification désagréable du goût, une irritabilité, des nausées, vomissements, douleurs abdominales et des anomalies du rythme cardiaque.

Sur le plan chimique, la nicotine diminue le taux de prolactine et donc la production lactée et entraîne des décharges plasmatiques d'adrénaline qui inhibent la sécrétion d'ocytocine et donc perturbent le réflexe d'éjection du lait.

Mais même s'il serait préférable d'obtenir un sevrage tabagique complet pendant l'allaitement, les bénéfices de l'allaitement en matière de protection contre les infections respiratoires et digestives, les coliques et la mort subite du nourrisson sont plus importants que les effets indésirables de la nicotine sur l'enfant.

L'OMS recommande donc d'encourager les fumeuses à allaiter tout en leur proposant des aides pour diminuer leur consommation, en leur conseillant de fumer juste après la tétée, d'essayer d'attendre 2 heures avant la prochaine tétée et de fumer en dehors de la présence de l'enfant.

7- COMPLICATIONS ^(32 et 4)

7-1 Les plus fréquentes

7-1.1 Crevasses

Ce sont des petites lésions du mamelon qui résultent toujours d'une mauvaise position de l'enfant au cours de la succion. Il faut observer la tétée pour identifier les erreurs et aider la mère à les corriger.

7-1.2 Engorgement

A l'accouchement, la chute des hormones entraîne la libération de prolactine, ce qui permet la synthèse et la sécrétion du lait. Ceci entraîne une augmentation importante du flux sanguin au niveau mammaire, c'est la montée de lait.

Si le lait ne peut être extrait soit parce que l'enfant n'est pas mis au sein soit parce qu'il ne prend pas correctement, le volume de lait produit devient plus important que les capacités de stockage des alvéoles, c'est l'engorgement.

Pour prévenir l'engorgement, il faut s'assurer d'une part que la lactation n'est pas restreinte, en laissant à l'enfant un accès au sein jour et nuit, et en s'assurant que la prise du sein est correcte et donc que l'extraction de lait se fait correctement.

7-1.3 Mastite ou lymphangite

Il s'agit d'une inflammation du sein qui fait suite à l'engorgement et qui n'est pas toujours d'origine infectieuse. Un traitement doit être rapidement mis en place afin d'éviter l'abcès.

La lymphangite se caractérise par un engorgement avec tension mammaire douloureuse, parfois, l'inflammation atteint l'épiderme et est alors responsable d'un placard inflammatoire local et d'un fébricule.

La prévention de la lymphangite consiste à éviter les compressions locales : ne pas porter de vêtement trop serrés sur la poitrine, manipuler le sein en douceur, ne pas serrer le sein pendant la tétée et lever rapidement un obstacle par massages doux.

Dans environ 50% des cas, l'épithélium mammaire est lésé, ce qui constitue une brèche qui sera une porte d'entrée pour les bactéries et conduira à une mastite infectieuse. Dans ce cas un traitement antistaphylococcique devra être débuté, ce qui n'empêche pas la poursuite de l'allaitement. De plus un sevrage brusque augmente le risque d'évolution vers un abcès.

7-1.4 Insuffisance de lait

C'est la première cause d'arrêt de l'allaitement avant la neuvième semaine. Les insuffisances physiopathologiques de production de lait maternel sont rares et touchent moins de 5% des femmes : elles sont représentées par les hypoplasies de la glande mammaire (origine chirurgicale ou secondaire à une obésité à l'adolescence), le syndrome de Sheehan, ou un excès de stress qui inhiberait la sécrétion de prolactine et d'ocytocine.⁽³³⁾

Les impressions de baisse de lait ressenties par la mère sont soit une fausse perception car les seins sont moins tendus lorsque l'allaitement se prolonge, soit secondaires à un engorgement, une mauvaise position de l'enfant un espacement des tétées. Ce sont autant

de causes qui sont réversibles si la mère est bien entourée et informée car le déterminant essentiel de la production de lait est la demande de l'enfant par une régulation autocrine. ⁽³³⁾

7-1.5 Liées au sevrage

Une enquête réalisée en 2008 auprès des pédiatres libéraux de France a montré que le sevrage était une période qui suscitait des consultations supplémentaires devant les problèmes rencontrés par les parents.

Parmi les difficultés de sevrage, il est retrouvé le plus souvent : un refus de l'enfant de prendre le biberon et une constipation. Parfois, les pédiatres retrouvent une recrudescence des cris, des coliques ainsi que des régurgitations. Rarement, les mamans consultent pour un problème d'engorgement mammaire ou de découverte d'une allergie aux protéines de lait de vache. ⁽³⁴⁾

7-2 Plus rares

7-2.1 Candidose

Dans ce cas, le mamelon et l'aréole sont enflammés et douloureux pendant et entre les tétées, avec une douleur irradiant dans tout le sein. On retrouve généralement un muguet chez le bébé.

Le traitement doit se faire en même temps pour la mère et l'enfant et repose sur l'administration d'un antifongique.

7-2.2 Vasospasme du mamelon

Il s'agit d'un problème vasculaire associant une sensation douloureuse pendant la tétée et une pâleur du mamelon.

Pour y remédier, on conseille à la maman d'allaiter dans une pièce au chaud, de bien se couvrir et parfois de boire un thé avant la tétée ; en effet le thé contient de la théophylline, qui est vasodilatatrice.

7-2.3 Dermite de contact

Elle fait suite à l'application locale de pommades ou sprays. Il faudra éviter toute application locale jusqu'à guérison. L'allaitement peut être poursuivi.

8- ALLAITEMENT MATERNEL ET MEDICAMENTS ⁽³⁵⁾

La promotion de l'allaitement maternel a entraîné une nette augmentation de la prévalence et de la durée de l'allaitement. Cela peut être problématique pour certains praticiens et peut déboucher sur une fausse contre-indication ou un sevrage de l'allaitement.

8-1 Mécanismes du passage des médicaments dans le lait

Le taux de passage dans le lait est corrélé au taux plasmatique du médicament. Les principaux facteurs influençant ce passage sont :

- la biodisponibilité (plus celle-ci est basse, moins le passage dans le lait est important)
- la demi vie (plus celle-ci est courte, moins le passage dans le lait est important)
- la dose et la durée du traitement
- le métabolisme hépatique et rénal de la mère.
- le degré de ionisation du médicament, sa liposolubilité, son taux de liaison aux protéines plasmatiques.

La plupart des médicaments ont un passage dans le lait mais à des taux qui sont généralement inférieur à 1%.

8-2 Comment choisir

Dans tous les cas, le choix du médicament doit se faire en évaluant la balance bénéfiques/risques pour la mère et en pesant l'indication à prescrire un traitement.

Si un traitement doit être prescrit :

- connaître les médicaments pouvant donner des complications graves ou avec un taux lacté élevé (ex : anticancéreux, lithium..)
- faire attention aux médicaments pouvant entraîner une sédation et surtout ceux avec une demi vie longue.
- éviter les médicaments qui peuvent inhiber la lactation (ex : oestrogènes, bromocriptine..)
- choisir des médicaments ayant des données publiées sur le passage lacté.

utiliser la posologie la plus faiblement utile.

prendre de préférence le médicament à la fin de la tétée.

8-3 Sources d'informations

Le Vidal mais ses données sont souvent imprécises et trop restrictives.

Le site internet du «CRAT» (centre de référence des agents tératogènes) qui précise pour chaque médicament s'il peut être utilisé pendant la grossesse et l'allaitement en fonction du niveau de preuve disponible.

L'ouvrage spécialisé « Medications and Mother's milk » de Thomas Ball facile à utiliser en pratique clinique.

Certains centres de pharmaco-vigilance peuvent également fournir des renseignements en la matière.

9- ALLAITEMENT MATERNEL ET TRAVAIL

Il est recommandé internationalement de poursuivre l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois de vie du bébé, or la reprise du travail est la première cause de sevrage précoce. La durée moyenne d'allaitement maternel en France est de 10 semaines ce qui correspond à la durée du congé maternité.

9-1 Dispositions en France

9-1.1 Congé maternité ⁽³⁶⁾

Il est en France de durée variable en cas de grossesse multiple ou non et en fonction du nombre d'enfants déjà à charge. Il est d'une durée incompressible de 6 semaines après l'accouchement, période durant laquelle la mère ne pourra pas reprendre le travail.

Les femmes ont également la possibilité de prendre un congé parental d'éducation d'un an, renouvelable deux fois si elles travaillent depuis au moins un an dans l'entreprise. Ce congé n'étant pas rémunéré.

9-1.2 Code du travail ⁽³⁷⁾

Tout comme les femmes enceintes, les femmes allaitantes sont protégées par le code du travail.

Les femmes allaitants ont le droit à une heure par jour, non rémunérée, répartie en deux périodes de 30 minutes pour : soit allaiter sur place leur enfant qui devra repartir à la fin de la tétée, soit tirer leur lait. Un local peut être mise à leur disposition, celui-ci ne doit pas être

une zone de travail, doit être à température confortable et toujours propre. Aucune contribution financière ne peut être demandée à la mère.

9-2 Dispositions dans le reste du monde ⁽³⁸⁾

Aux Etats –Unis et en Australie une chartre intitulée «Breastfeeding friendly Workplace » est proposée afin de concilier reprise du travail et allaitement. Une diminution de l’absentéisme maternel a été retrouvée dans ces entreprises.

Dans les pays nordiques comme la Suède ou la Norvège, la politique de santé publique a amélioré la prévalence de l’allaitement, notamment en mettant en place un congé maternité de 10 mois avec une rémunération de 100% du salaire et pouvant aller jusqu’à 1an avec une rémunération de 80% du salaire.

En Suisse pendant la première année de vie de l’enfant, la totalité du temps consacré à l’allaitement sur le lieu de travail est considéré comme du temps effectif de travail.

Au Luxembourg, le code du travail prévoit de mettre à disposition une heure et demie par jour rémunérée pour l’allaitement.

9-3 Comment extraire et conserver le lait ⁽³⁹⁾

9-3.1 Extraction du lait

Il y a plusieurs possibilités.

Les femmes peuvent faire une expression manuelle de leur lait par massage aréolaire pendant leur temps de travail ce qui permet d’éviter l’engorgement.

L’utilisation d’un tire-lait manuel ou d’un tire lait électrique qui est souvent la technique de choix des mères qui souhaitent poursuivre leur allaitement car cette dernière méthode est plus efficace, plus confortable et plus rapide. Le tire lait se loue en pharmacie et est pris en charge par la sécurité sociale sur prescription médicale.

9-3.2 Conservation du lait

Le lait peut se conserver 4h à température ambiante, 48h au réfrigérateur et 4 mois au congélateur. En cas de décongélation, le lait se conservera 24h au réfrigérateur et il ne doit pas être décongelé au micro-ondes mais être placé au réfrigérateur au moins 6h avant d’être donné. Le lait décongelé ne pourra pas être recongelé.

10 - ALLAITEMENT MATERNEL ET PREMATURITE

10-1 Caractéristiques du lait et de l'enfant prématuré

Lorsque l'accueil de l'enfant ne peut se faire dans des circonstances habituelles, l'allaitement peut avoir un rôle réparateur pour la mère et le couple. Les compétences de ces mères ont été fragilisées et l'accompagnement du corps médical est important pour leur redonner confiance en leurs capacités. ⁽⁴⁰⁾

La coordination succion-respiration est présente dès 32 semaines d'âge gestationnel, il n'y a donc pas de raison de retarder la mise au sein.

Le lait de mère ayant accouché prématurément a une composition différente de celui de nouveau-né à terme afin de s'adapter spécifiquement aux besoins de l'enfant. Il est plus riche en acides gras poly-insaturés afin d'optimiser le développement cérébral.

10-2 Avantages spécifiques pour le prématuré

Les avantages du lait maternel pour les prématurés sont très nombreux. Sur le plan digestif, le lait maternel est plus facilement digéré et absorbé, il diminue le risque de survenue et la gravité des entérocrites ulcéro-nécrosantes. Sur le plan de la croissance, le lait de mère favorise la croissance post-natale des enfants hypotrophes. Les avantages en matière de protection des infections, des allergies et du développement sont également très importants pour ces bébés fragilisés par une naissance prématurée. ⁽⁴¹⁾

10-3 Conseils pour la mise en route de l'allaitement

Chez femmes pour lesquelles le climat de stress qui entoure la naissance de leur enfant pourrait inhiber la mise en route de la lactation, on recommande de commencer à tirer le lait le plus tôt possible après la naissance en utilisant un tire lait électrique à double pompage afin d'obtenir un plus grand volume de lait en moins de temps. Il faudrait tirer le lait 10 à 30 min au minimum 6 fois par jour.

Par ailleurs, il est important de rassurer les mères, de leur expliquer qu'il est tout à fait normal de ne tirer que quelques gouttes de lait les premiers jours. Enfin il est préférable de ne pas utiliser de biberon car les mécanismes de succion sont différents et le flot du lait plus rapide au biberon ce qui pourrait rendre plus difficile la mise en route de l'allaitement.

DEUXIEME PARTIE

1- DESCRIPTION DE L'ETUDE

1-1 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux des connaissances des internes en médecine générale, à la fin de leur cursus universitaire, sur les bases théoriques nécessaires à la prise en charge en ville du couple mère-enfant dans le cadre de l'allaitement maternel.

Un objectif secondaire était d'identifier des facteurs associés à ces connaissances.

Il y avait également un intérêt pédagogique à cette étude par l'envoi, à chaque interne ayant répondu, d'un questionnaire corrigé et commenté (envoi réalisé par e-mail par le biais du SIREHN en septembre 2011).

Enfin en regard des résultats obtenus, discuter de l'opportunité ou non de faire une formation complémentaire sur l'allaitement maternel au cours du DES de médecine générale.

1-2 Matériel et Méthode

1-2.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale prospective.

1-2.2 Lieu et Période

Cette étude a été réalisée auprès des internes de médecine générale inscrits à la faculté de médecine de Rouen. La distribution des questionnaires s'est faite sur une durée de trois mois de mai à juillet 2011 ; ils étaient distribués à l'occasion des séminaires, UPL et ED dispensés par le Département Universitaire de Médecine Générale.

1-2.3 Population

La population étudiée était représentée par les internes de médecine générale, hommes et femmes, en cours de validation de leur 6^{ème} et dernier semestre de formation universitaire. Ont donc été exclus, les internes en surnombre non validant et ceux ayant pris une disponibilité entre leur 5^{ème} et 6^{ème} semestre.

Pour le semestre de mai à novembre 2011, il y avait 63 internes ayant validé 5 semestres, dont 5 en disponibilité et aucun en surnombre non validant. Cette étude a donc été réalisée sur une population de 58 internes de médecine générale.

1-2.4 Questionnaire

1-2.4.1 Présentation du questionnaire

Il s'agissait d'un questionnaire anonyme ayant pour but de faire une évaluation sommative des connaissances acquises en matière d'allaitement maternel par les internes à l'issue de leur formation. ^(42 et 43)

Il a été réalisé sous la forme d'un Questionnaire à Choix Multiple, composé de questions variées sur des données théoriques et chiffrées d'évaluation d'un allaitement maternel efficace et des questions à type de cas cliniques sur les différentes situations que l'on peut rencontrer en médecine générale.

Le nombre de solutions attendues par questions était d'une réponse sauf pour la question 7 mais cela était signifié dans l'énoncé.

1-2.4.2 Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé par Mme Gratien Bénédicte, interne en médecine générale en 3ème semestre, durant la période d'hiver 2010-2011.

Il comportait de nombreuses questions attendant des réponses fermées plus facilement exploitables. Il a été relu par le directeur de thèse et par une pédiatre, consultante en lactation. Avant diffusion, la version définitive du questionnaire a été testée auprès de médecins généralistes installés dans le regroupement médical de Neufchâtel-En-Bray afin de valider sa faisabilité.

1-2.4.3 Contenu du questionnaire

Ce questionnaire comportait 25 questions fermées et 1 question ouverte.

Les trois premières questions avaient pour but de recueillir des caractéristiques afin de déterminer le profil des étudiants interrogés. On leur demandait leur sexe (Homme ou Femme), s'ils avaient ou non des enfants et enfin s'ils avaient assisté à la formation médicale continue sur l'allaitement maternel organisée par le SIREHN à la faculté de Rouen au mois de janvier 2011 et animée par le Dr Célia Levavasseur, pédiatre et consultante en lactation à la maternité du Belvédère.

Les questions 4 à 10 étaient des questions fermées portant sur les connaissances théoriques et chiffrées et sur les recommandations en matière d'allaitement maternel.

Les questions 11 à 25 étaient des questions fermées réalisées sous la forme de petits cas cliniques portant sur les principaux motifs de consultation pouvant être rencontrés en médecine générale en matière d'allaitement maternel.

La question 26 était une question fermée (OUI/NON) mais pouvant donner lieu à une réponse courte complémentaire.

Les éléments concernant les complications de l'allaitement nécessitant une prise en charge en milieu spécialisé n'ont pas été abordés dans ce questionnaire.

1-2.5 Déroulement de l'étude

La diffusion du questionnaire a été réalisée par une seule personne, moi-même, qui avait également la tâche de donner une explication orale aux étudiants sur le contenu du questionnaire et le but de cette étude. Cette distribution s'est faite à l'occasion des cours organisés par le DUMG de Rouen à la faculté en main propre à chaque interne en 6^{ème} semestre rencontré à ces occasions.

Les questionnaires étaient remplis par les étudiants sur place au début ou à la fin du cours et remis en main propre à la personne ayant distribué le questionnaire.

Ils étaient remplis de manière anonyme.

1-2.6 Analyse statistique

Le travail d'analyse des résultats a été effectué en utilisant le logiciel EPI INFO version 5.3.2

1-2.6.1 Analyse descriptive

Une analyse descriptive de toutes les questions a été réalisée, et les données ont été décrites par leurs effectifs et fréquences.

1-2.6.2 Tests statistiques

La comparaison de deux variables qualitatives entre-elles, a été effectuée avec le test de Chi-2 de Pearson. Lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5, le test exact de Fisher était utilisé. L'ensemble des tests a été réalisé en considérant des hypothèses bilatérales.

2- RESULTATS DE L'ETUDE

2-1 Caractéristiques de la population

Sur les 58 internes inscrits en 6^{ème} semestre de médecine générale, 52 ont été rencontrés et ont accepté de remplir le questionnaire.

Tous les questionnaires récupérés ont pu être analysés, notre étude a donc porté sur 52 questionnaires, soit 89,7% de la population.

Parmi eux il y avait 19 hommes (36,5%) et 33 femmes (63,5%). Sur l'ensemble des internes interrogés, 9 (17,3%) avaient au moins un enfant et 43 (82,7%) n'en avaient pas. Enfin 10 (19,2%) avaient assisté à la FMC sur l'allaitement maternel et 42 (80,8%) n'y avaient pas assisté.

Dans le groupe d'internes ayant au moins un enfant, il y avait une majorité de femmes, puisque 6 des 9 internes de ce groupe étaient de sexe féminin.

Dans le groupe d'internes ayant assisté à la FMC, il y avait également une majorité de femmes puisqu'elles étaient 7 sur les 10 internes ayant assistés à la formation.

L'ensemble des données de description de la population a été résumé dans le tableau ci-dessous.

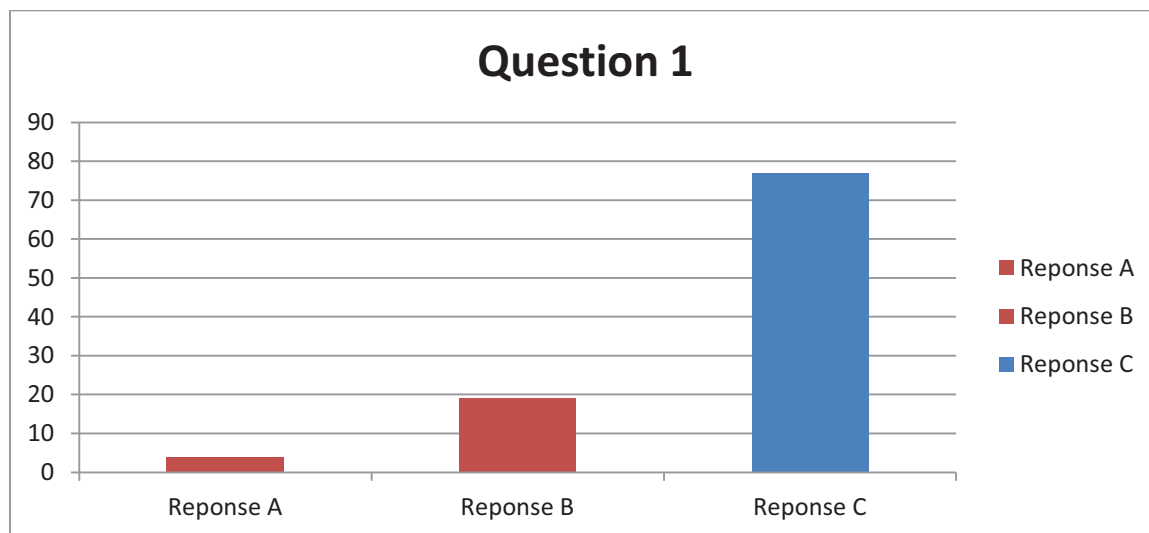
	TOTAL	HOMMES	FEMMES
Nb total	52 (100%)	19 (36,5%)	33 (63,5%)
FMC	10 (19,2%)	3 (15,8%)	7 (21,2%)
Pas de FMC	42 (80,8%)	16 (84,2%)	26 (78,8%)
Au moins 1 enfant	9 (17,3%)	3 (15,8%)	6 (18,2%)
Sans enfant	43 (82,7%)	16 (84,2%)	27 (81,8%)

2-2 Résultats descriptifs

2-2.1 Question 1 : L'OMS recommande un allaitement maternel

exclusif jusqu'à :

La réponse attendue était la solution C : allaitement maternel recommandé 6 mois.



40 étudiants ont donné la bonne réponse soit 76,9%

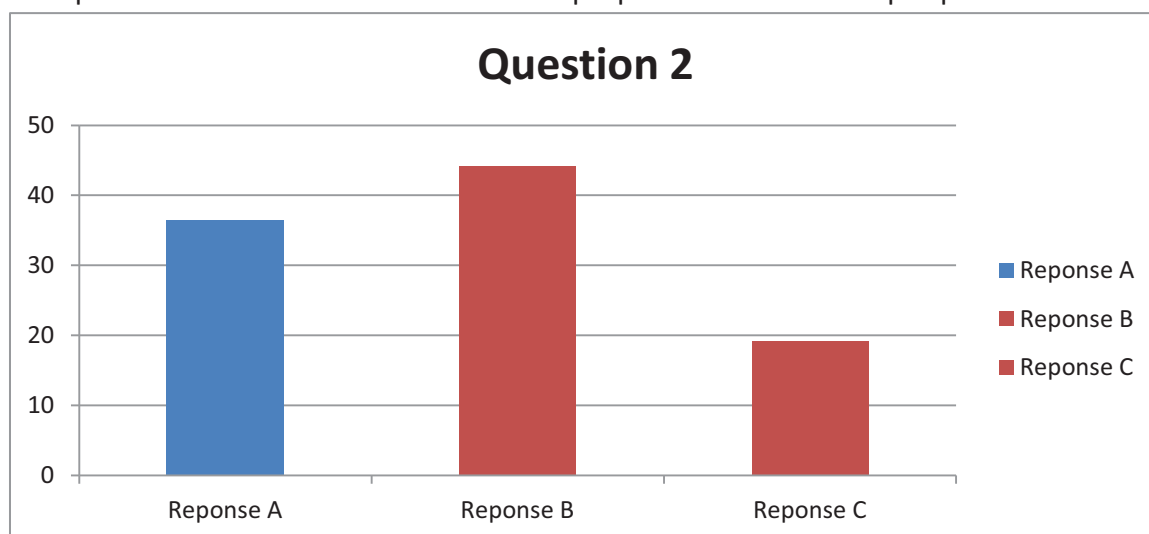
2 ont donné la réponse A soit 3,8%

10 ont donné la réponse B soit 19,2%

2-2.2 Question 2 : Comment expliquez-vous le principe de l'allaitement

maternel à la demande ?

La réponse attendue était la solution A : proposer le sein à chaque phase d'éveil calme.



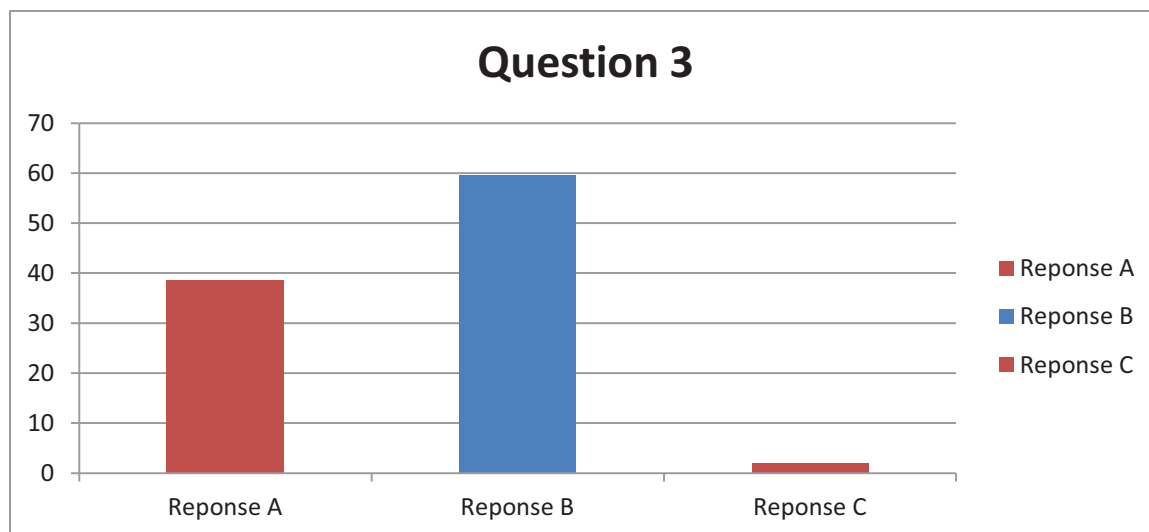
19 étudiants ont donné la bonne réponse soit 36,5%

23 ont donné la réponse B soit 44,2%

10 ont donné la réponse C soit 19,2%

2-2.3 Question 3 : A 2 mois, un bébé nourrit au sein tète en moyenne :

La réponse attendue était la solution B : 8 à 12 fois par jour.



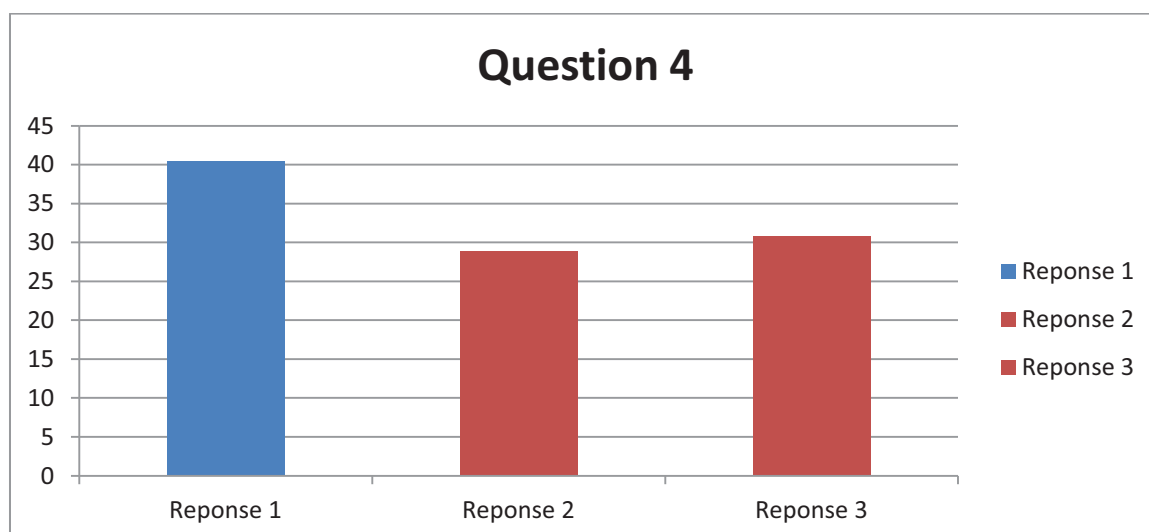
20 étudiants ont donné la bonne solution soit 33,3%

31 ont donné la réponse A soit 51,7%

1 a donné la réponse C soit 1,7%

2-2.4 Question 4 : Quel(s) est (sont) le(s) critère(s) d'efficacité d'un allaitement maternel

La réponse attendue était la solution A : au moins 6 couches bien mouillées par jour.



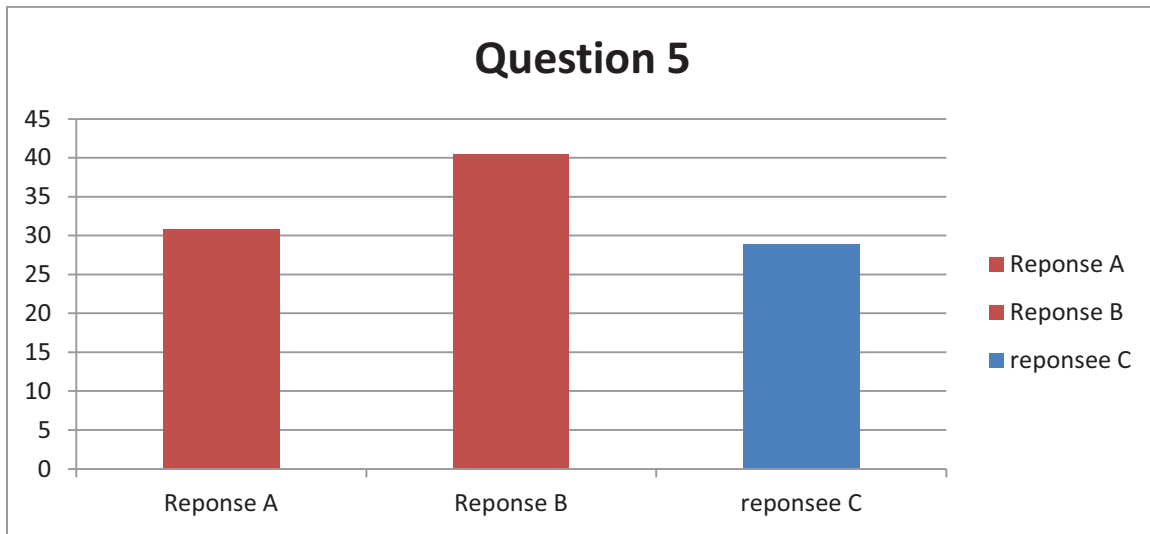
21 étudiants ont donné la bonne réponse soit 40,4%

15 ont donné la réponse B soit 28,8%

16 ont donné la réponse C soit 30,8%

2-2.5 Question 5 : *Un bébé allaité exclusivement fait en moyenne ses nuits*

La réponse attendue était la solution C : rarement avant 6 mois.



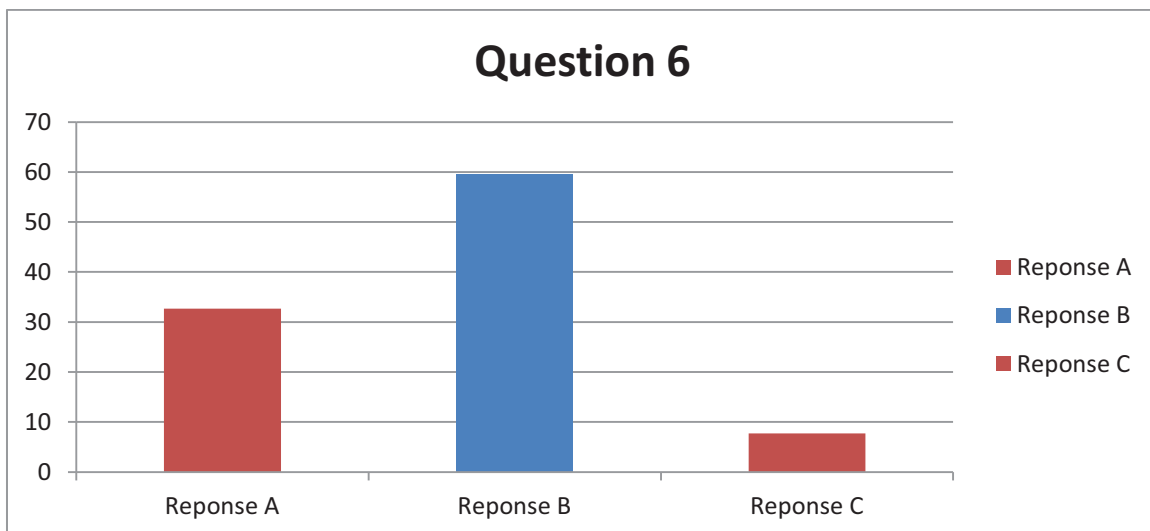
15 étudiants ont donné la bonne réponse soit 28,8%

16 ont donné la réponse A soit 30,8%

21 ont donné la réponse B soit 40,4%

2-2.6 Question 6 : *Un bébé allaité doit avoir repris son poids de naissance à :*

La réponse attendue était la solution B : à J10.



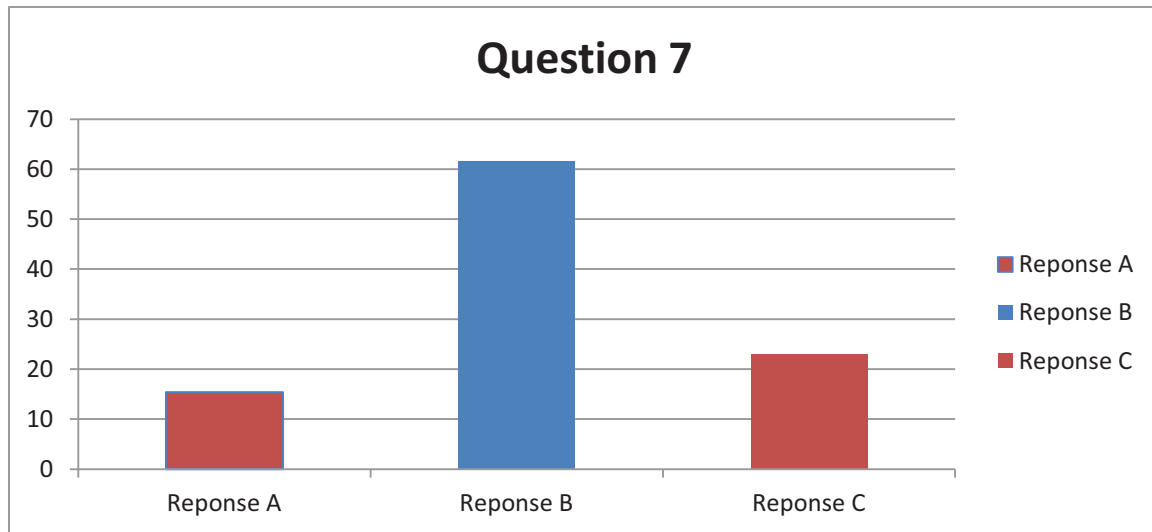
31 étudiants ont donné la bonne réponse soit 59,6%

17 ont donné la réponse A soit 32,7%

4 ont donné la réponse C soit 7,7%

2-2.7 Question 7 : La prise de poids moyenne d'un bébé allaité est

La réponse attendue était la solution B : de 140 à 210g par semaine.



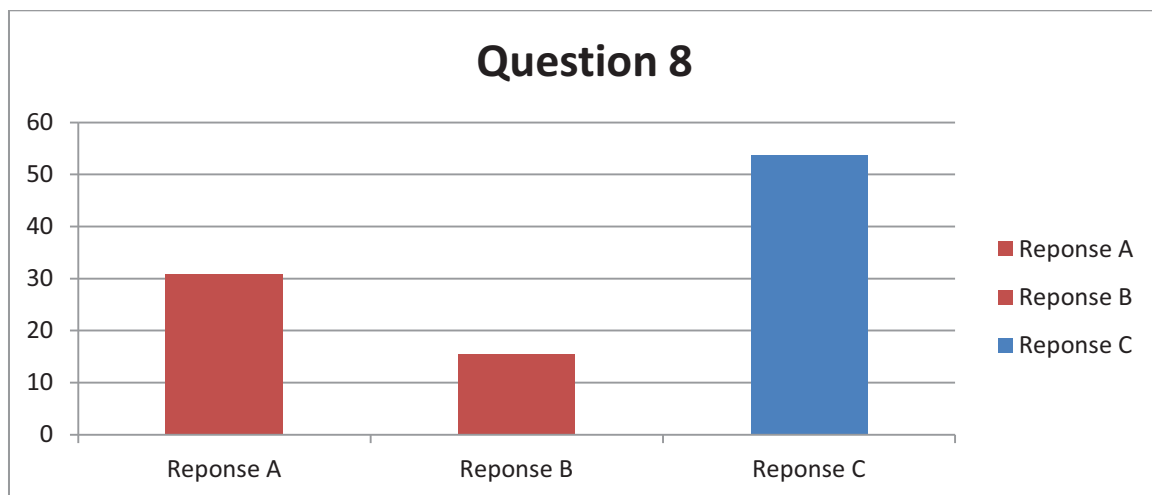
32 étudiants ont donné la bonne solution soit 61,5%

8 ont donné la réponse A soit 15,4%

12 ont donné la réponse C soit 23,1%

2-2.8 Question 8 : La maman de Louise, 5 semaines née à terme à 3,5kg et allaitée exclusivement au sein, vient vous voir ; elle est inquiète car sa fille a toujours la peau et les yeux jaunes. Que faites-vous ?

La réponse attendue était la solution C : ictère au lait de mère peut durer jusqu'à 3 mois.



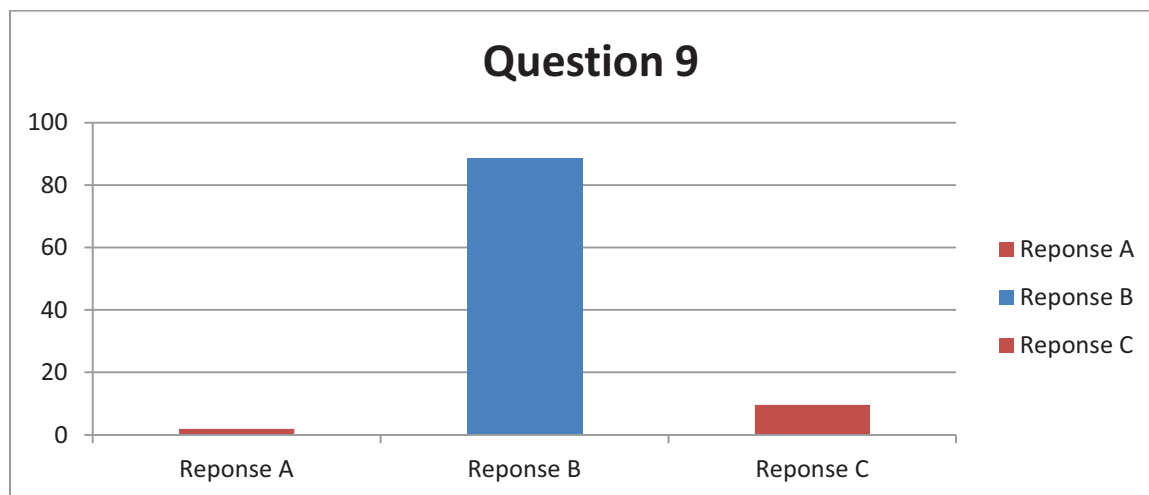
28 étudiants ont donné la bonne réponse soit 53,8%

16 ont donné la réponse A soit 30,8%

8 ont donné la réponse B soit 15,4%

2-2.9 Question 9 : *Hyppolite est né il y a 15 jours et est allaité exclusivement. Son examen montre une stagnation pondérale depuis la sortie de la maternité où il avait commencé à reprendre du poids. Sa maman vous dit que c'est parce qu'elle n'a pas assez de lait, elle le sait ! Que lui dites-vous ?*

La réponse attendue était la solution B : Vous observez la tétée pour rechercher des signes de mauvaise prise de sein, lui donnez des conseils et lui proposez de la revoir dans 48h.



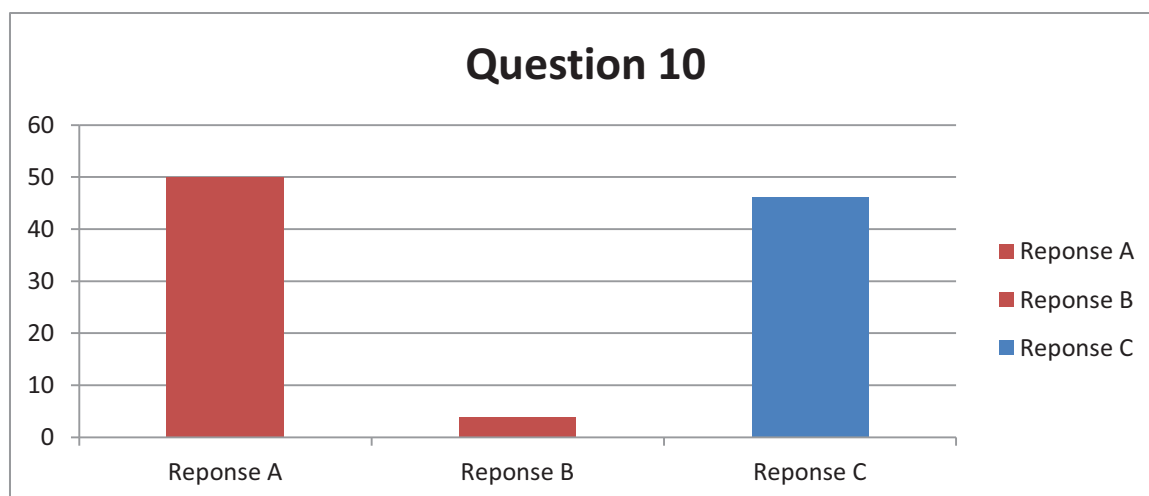
46 étudiants ont donné la bonne réponse soit 88,5%

1 a donné la réponse A soit 1,9%

4 ont donné la réponse C soit 9,6%

2-2.10 Question 10 : *Jules 3 semaines, est amené par ses parents qui sont inquiets car depuis 24h il pleure beaucoup, surtout le soir et ne se calme qu'au sein. Son examen est normal, il grossit bien. Que dites-vous à ses parents ?*

La réponse attendue était la solution C : c'est normal, à 3 semaines de vie, il y a un pic de croissance ; il faut donner le sein à Jules aussi souvent qu'il le réclame.



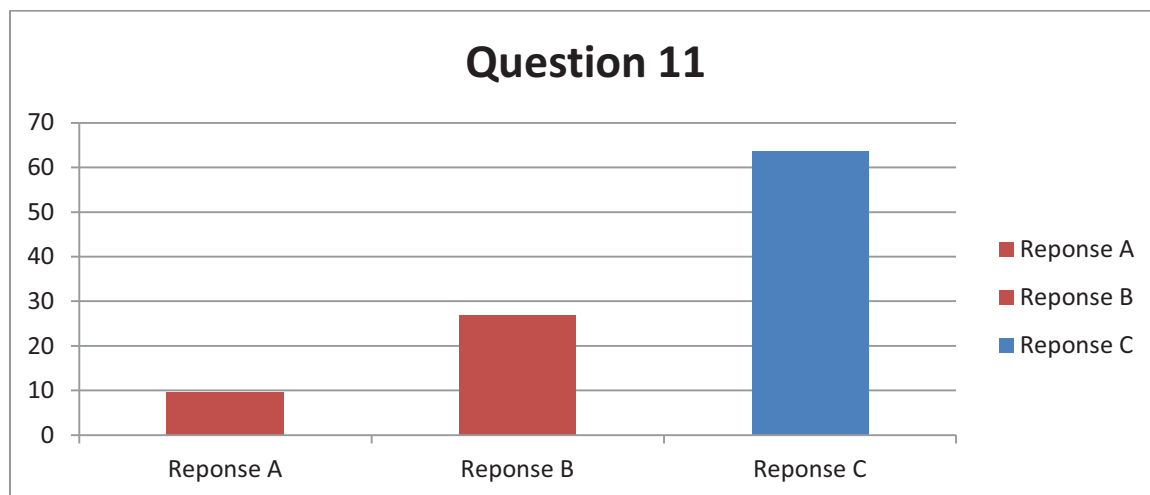
24 étudiants ont donné la bonne réponse soit 46,2%

26 ont donné la réponse A soit 50%

2 ont donné la réponse B soit 3,8%

2-2.11 Question 11 : *Capucine, 4 mois part en vacances avec ses parents dans le sud de la France ; sa maman veut savoir si elle doit changer quelque chose avec son allaitement. Que lui conseillez-vous ?*

La réponse attendue était la solution C : de continuer l'allaitement maternel à la demande, ça suffit à combler les besoins du bébé.



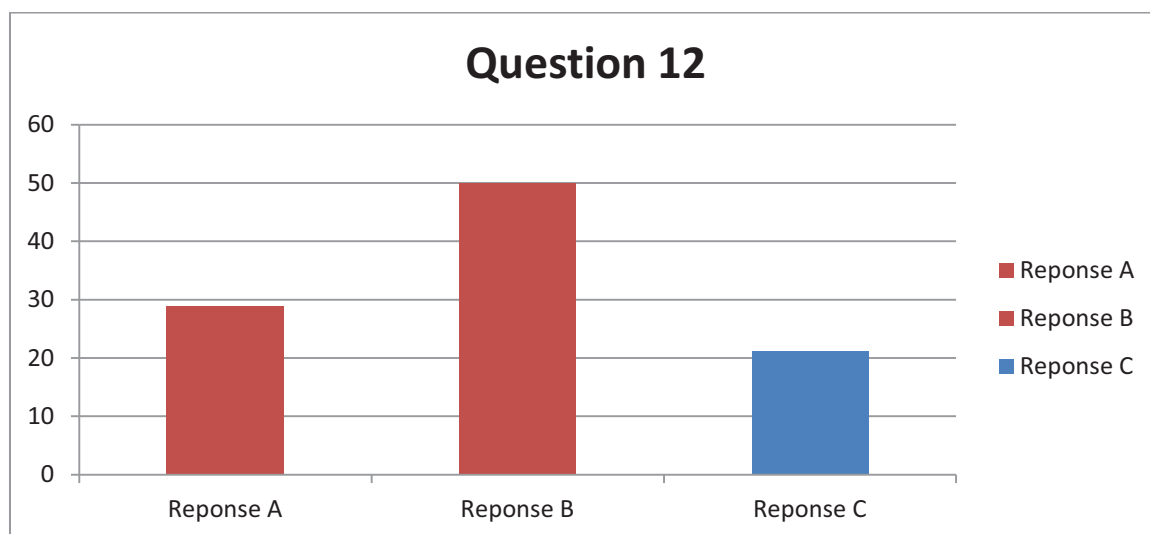
33 étudiants ont donné la bonne réponse soit 63,5%

4 ont donné la réponse A soit 9,6%

14 ont donné la réponse B soit 26,9%

2-2.12 Question 12 *Mme X. va reprendre son travail et souhaite continuer à allaiter son bébé. Elle voudrait savoir comment conserver le lait :*

La réponse attendue était la solution C : 48h au réfrigérateur, 2 semaines au freezer et 4 mois au congélateur.



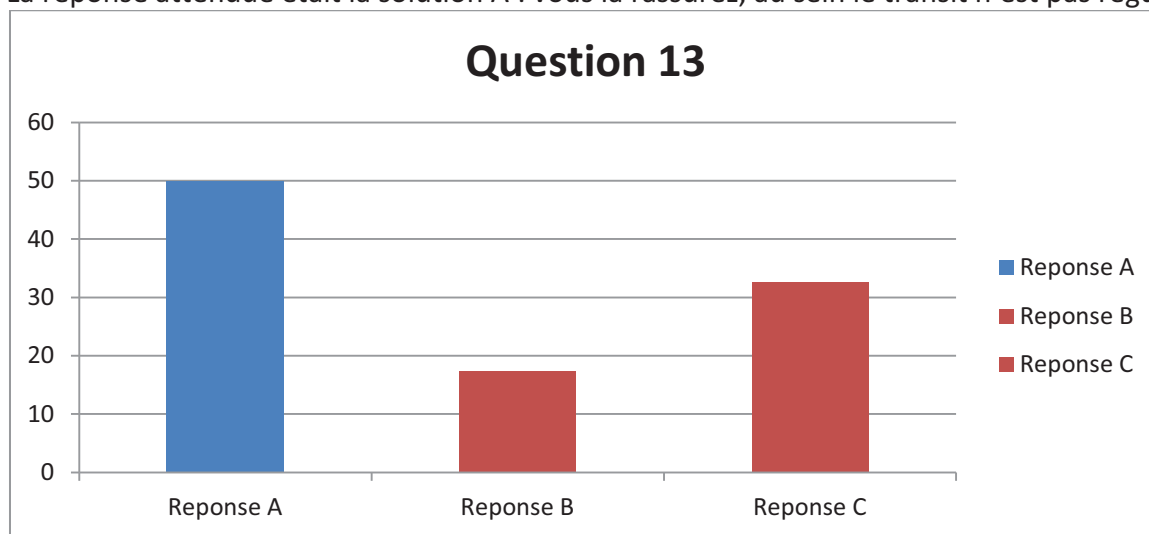
11 étudiants ont donné la bonne réponse soit 21,2%

15 ont donné la réponse A soit 28,8%

26 ont donné la réponse B soit 50%

2-2.13 Question 13 : *Agathe a 20 jours et est allaité exclusivement. Sa maman vous appelle car Agathe n'a pas eu de selle depuis 3 jours, elle voudrait savoir ce qu'elle doit faire. Que faites- vous ?*

La réponse attendue était la solution A : vous la rassurez, au sein le transit n'est pas régulier.



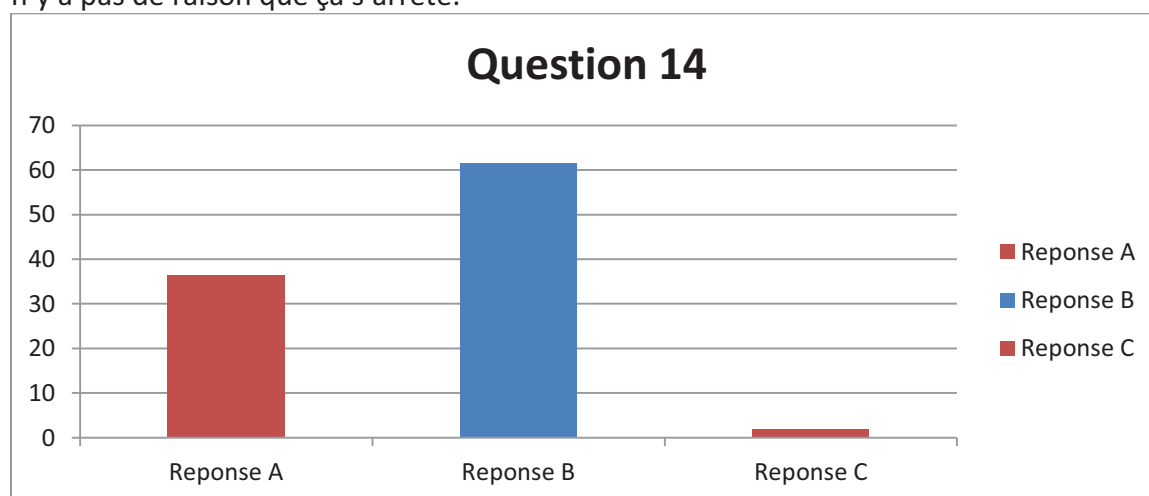
26 étudiants ont donné la bonne réponse soit 50%

9 ont donné la réponse B soit 17,3%

17 ont donné la réponse C soit 32,7%

2-1.14 Question 14 : *La maman du petit Hector, 5 mois qui tète 6 fois par jour, avec une pause de 8 heures la nuit vient vous voir désespérée car elle dit avoir de moins en moins de lait, mais elle souhaite continuer à allaiter son fils jusqu'à ses 9 mois. Que lui dites-vous ?*

La réponse attendue était la solution B : de tirer son lait 1 ou 2 fois entre les tétées (au moins une fois la nuit), de faire du peau à peau avec son bébé et d'avoir confiance en elle. Il n'y a pas de raison que ça s'arrête.



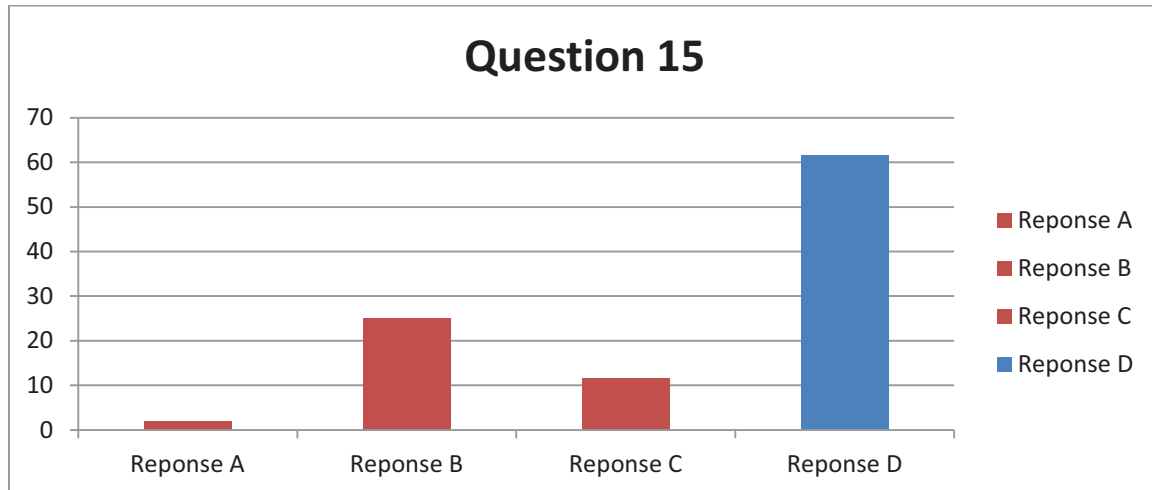
32 étudiants ont donné la bonne réponse soit 61,5%

19 ont donné la réponse A soit 36,5%

1 a donné la réponse C soit 1,9%

2-2.15 Question 15 : *Agathe 3 mois née à terme et en parfaite santé, allaitée exclusivement est amenée par sa maman car sa fille est constipée, elle n'a qu'une selle tous les 4 jours, molle, très abondante et indolore. Elle a pris 2,4 kg depuis la naissance. Que faites-vous ?*

La réponse attendue était la solution D : Vous ne faites rien et rassurez la maman, les selles sont dites rares à partir de 1 mois.



32 étudiants ont donné la bonne réponse soit 61,5%

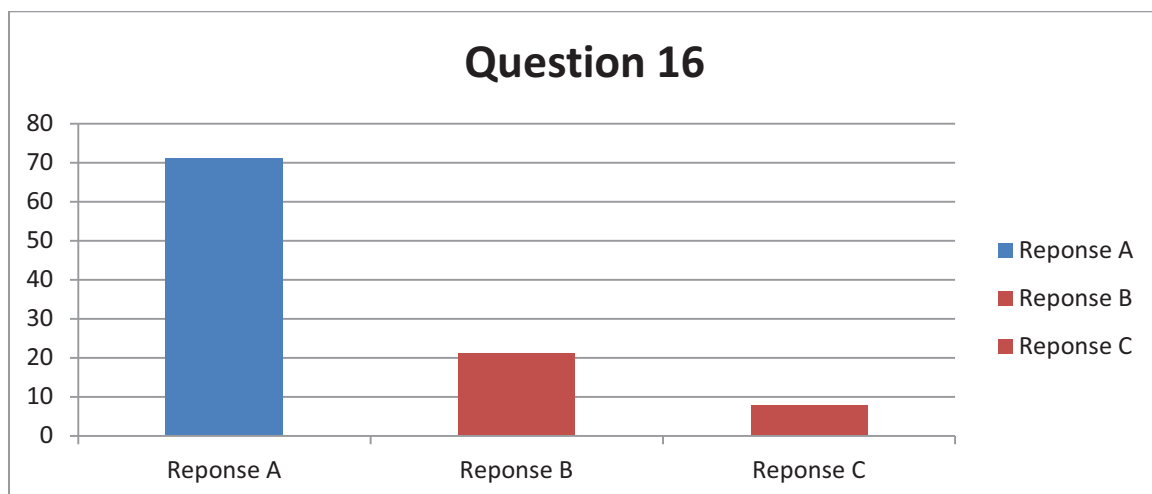
1 a donné la réponse A soit 1,9 %

13 ont donné la réponse B soit 25%

6 ont donné la réponse C soit 11,5%

2-2.16 Question 16 : *Mme X. a accouché il y a 7 jours, et est sortie de la maternité à J2 en HAD. Depuis sa sortie l'allaitement maternel est douloureux surtout sur le sein droit. L'examen retrouve une petite crevasse à la face interne du mamelon. Que faire ?*

La réponse attendue était la solution A : Vous l'encouragez à prendre une bonne position et à varier les positions.



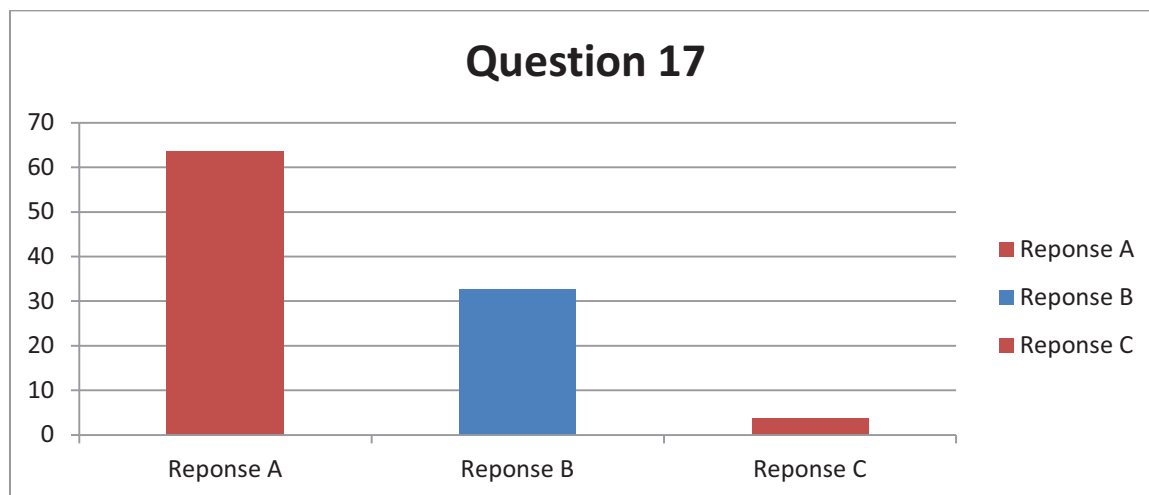
37 étudiants ont donné la bonne réponse soit 71,1%

11 ont donné la réponse B soit 21,2%

4 ont donné la réponse C soit 7,7%

2-2.17 Question 17 : Mme Y. consulte avec son fils Gaspard, 3 mois qui tète 8 fois par jour dont une fois la nuit et grossit bien. Elle a les seins très gonflés et douloureux depuis 3 jours. L'examen retrouve un engorgement bilatéral. Que faites-vous ?

La réponse attendue était la solution B : Vous augmentez la fréquence des tétées en commençant par le sein le plus douloureux.



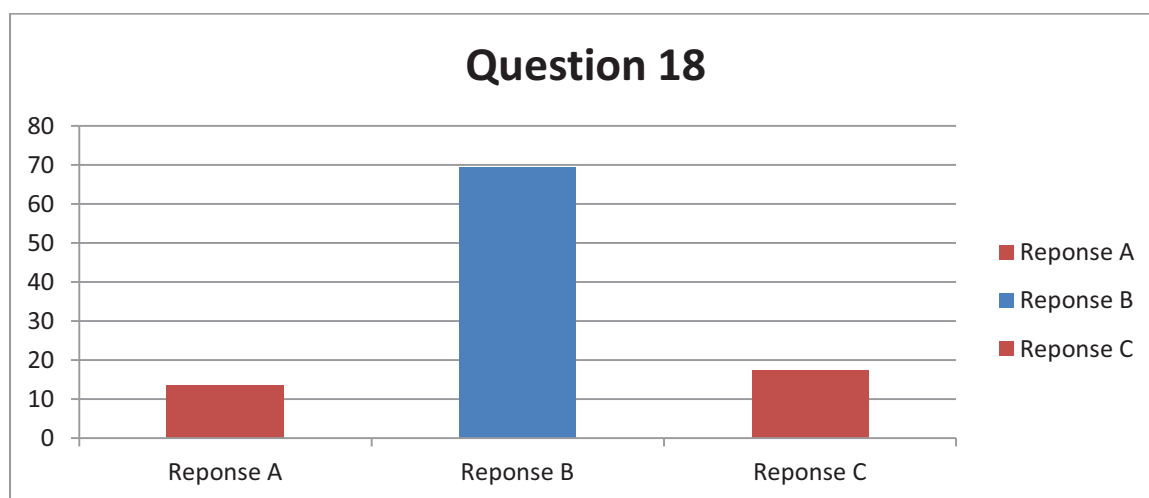
17 étudiants ont donné la bonne réponse soit 32,7%

33 ont donné la réponse A soit 63,5%

2 ont donné la réponse C soit 3,8%

2-2.18 Question 18 : Vous revoyez Mme X. 4 jours plus tard. La crevasse est toujours là et son sein droit est maintenant rouge, gonflé et douloureux dans le quadrant supéro-externe. Elle a 38,5° de température.

La réponse attendue était la solution B : c'est une mastite inflammatoire : il faut poursuivre l'allaitement sur les 2 seins (on lui conseille la position du ballon de rugby qui vide bien le quadrant externe du sein), soulager la douleur avec de l'ibuprofène, la revoir dans 24 à 48h pour la mettre sous antibiotiques en cas d'échec.



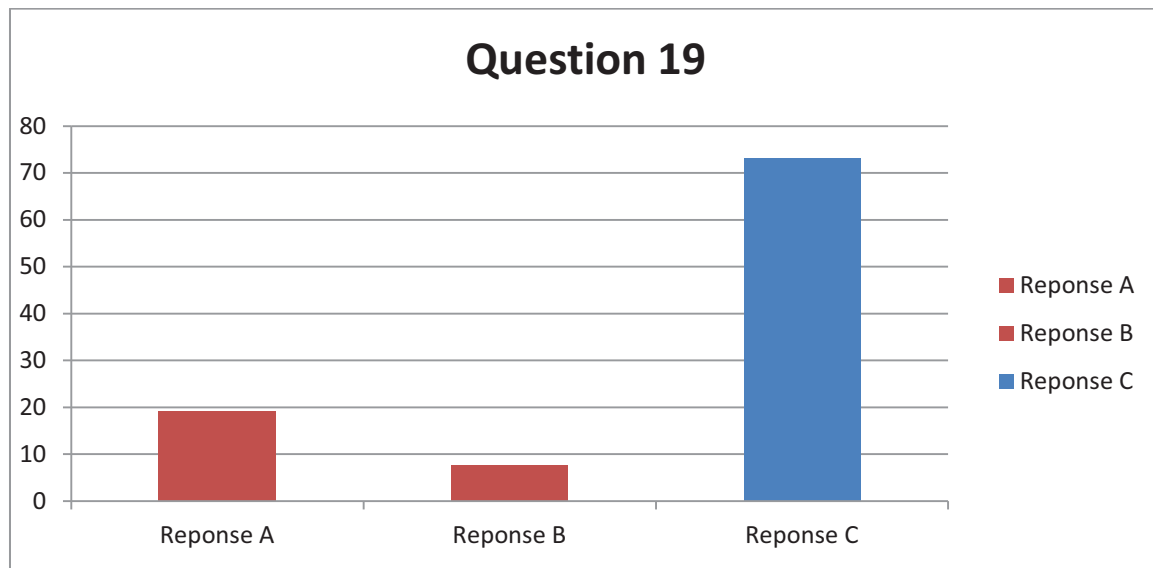
36 étudiants ont donné la bonne réponse soit 69,2%

7 ont donné la réponse A soit 13,5%

9 ont donné la réponse C soit 17,3%

2-2.19 Question 19 : *Finally Mme X, cured, wants to stop breastfeeding, too restrictive and too difficult for her. She wants to wean her baby today, what do you prescribe for her ?*

The expected answer was solution C : nothing, you tell her to reduce the breastfeeds one by one, one time every 2 days and to complete with artificial milk bottles, the lactation will stop by itself.



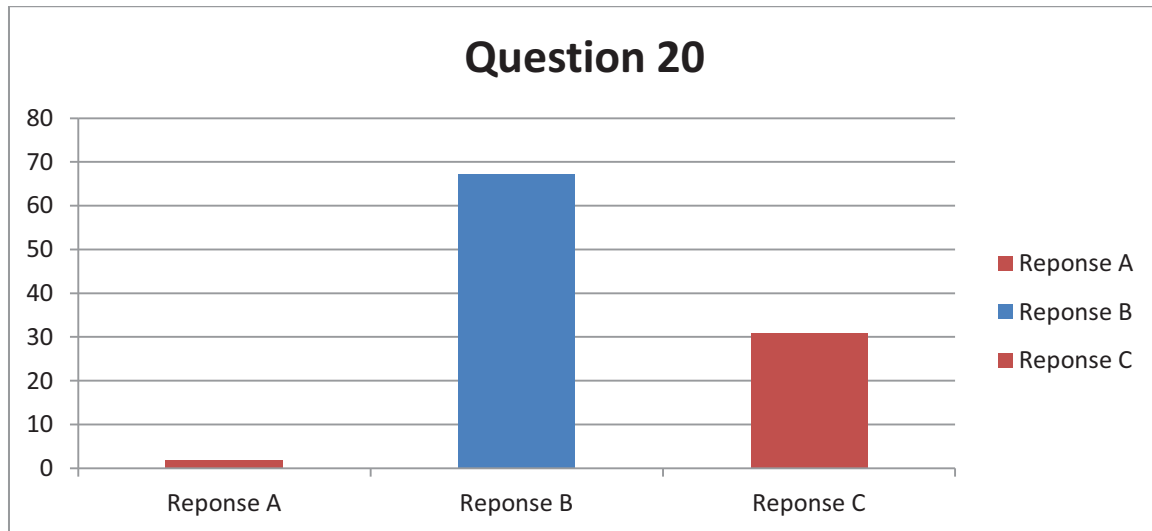
38 étudiants ont donné la bonne réponse soit 73,1%

10 ont donné la réponse A soit 19,2%

4 ont donné la réponse B soit 7,7%

2-2.20 Question 20 : Vous recevez en consultation un jeune couple inquiet. La femme a un utérus bicorne, son gynécologue lui a dit qu'une grossesse était possible mais qu'elle n'irait probablement pas jusqu'au terme. Mais elle veut savoir si elle pourra quand même allaiter son bébé. Que lui dites-vous ?

La réponse attendue était la solution B : La glande mammaire est prête dès 16 SA, donc la lactation pourra se mettre en place avec un tire lait en attendant que bébé sache téter.



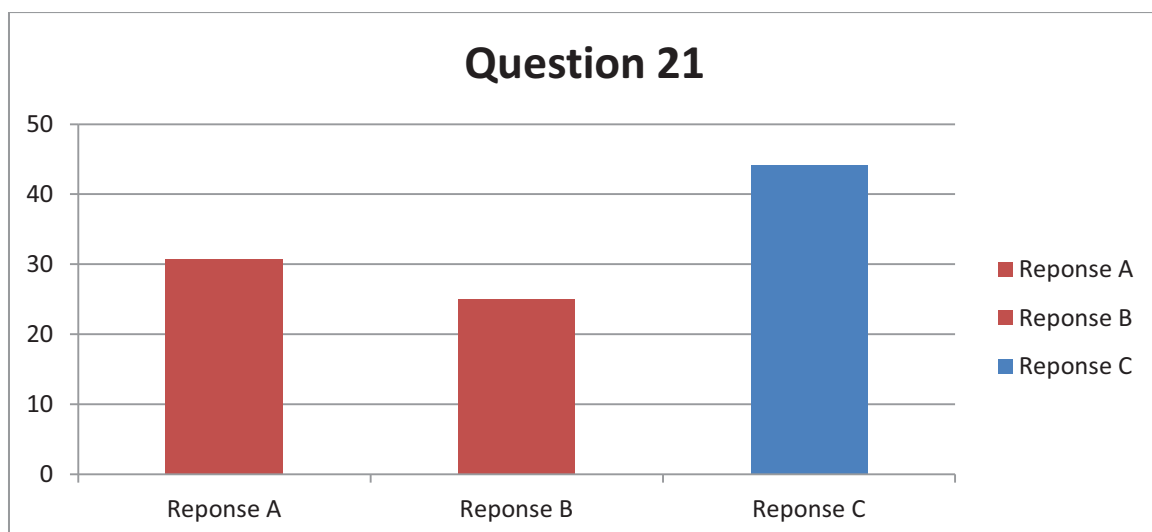
35 étudiants ont donné la bonne réponse soit 67,3%

1 ont donné la réponse A soit 1,9%

17 ont donné la réponse C soit 30,8%

2-2.21 Question 21 : Mme Z. est VHB+, elle est enceinte, suivie à l'hôpital pour sa grossesse et son hépatite virale. Elle souhaite allaiter son bébé. Que lui dites-vous ?

La réponse attendue était la solution C : Il n'y a pas de passage dans la lait, elle pourra allaiter dans tous les cas.



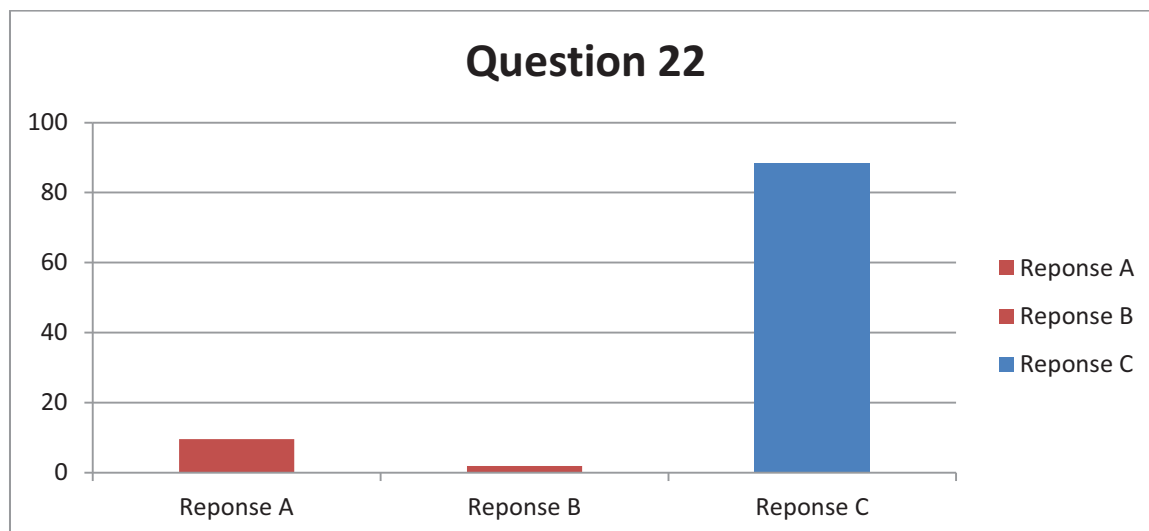
23 étudiants ont donné la bonne réponse soit 44,2%

16 ont donné la réponse A soit 30,8%

13 ont donné la réponse B soit 25%

2-2.22 Question 22 : *Au cours de la consultation pour son bébé (Agathe, 10 jours et allaitée), la maman vous demande ce qu'elle doit faire pour sa contraception, elle ne veut surtout pas risquer une nouvelle grossesse. Quel moyen de contraception lui proposez-vous ?*

La réponse attendue était la solution C : Vous lui proposez une contraception par progestatif type Cerazette qui convient mieux pour l'allaitement à reprendre à J21 également.

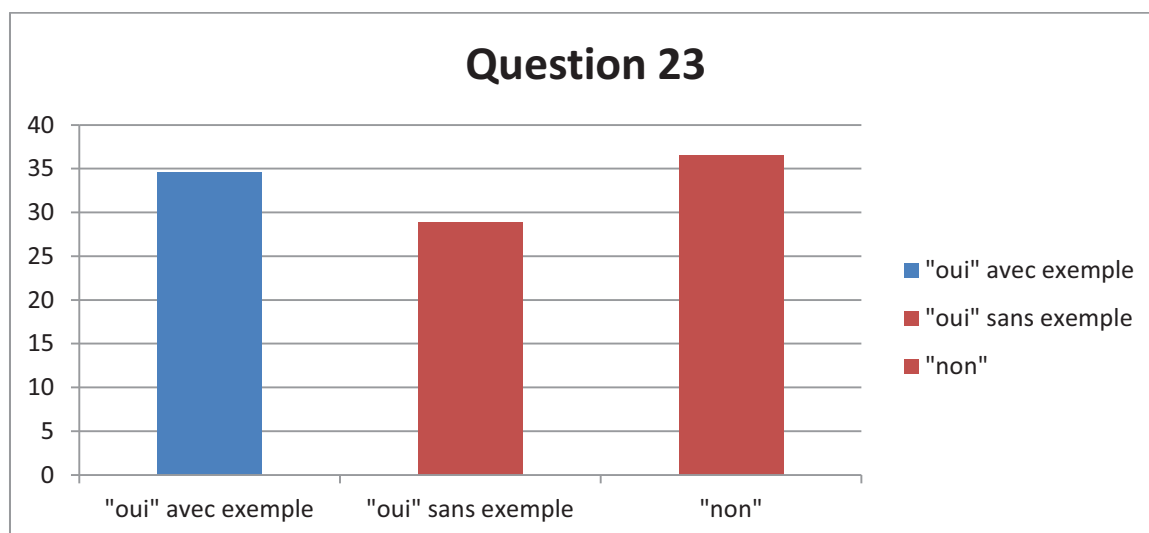


46 étudiants ont donné la bonne réponse soit 88,5%

5 ont donné la réponse A soit 9,6%

1 a donné la réponse B soit 1,9%

2-2.23 Question 23 : *Connaissez-vous au moins un groupe de soutien ou un professionnel vers qui adresser une femme qui allaite si vous êtes dépassé ?*



34,6% des étudiants ont répondu qu'ils savaient vers qui orienter leur patiente et donné un exemple de personne référente.

28,8% ont répondu OUI mais sans citer d'exemple de référent.

36,5% ne savent pas vers qui orienter leur patiente en cas de problème d'allaitement.

2-3 Identification des facteurs associés

2-3.1 En fonction du sexe

	TOTAL	HOMME	FEMME	p	ODDS RATIO
EFFECTIF	52 (100%)	19 (100%)	33 (100%)		
Q1	39 (75%)	14 (73.7%)	25 (75.8%)	1	0.8979, IC 95 [0.2086 ; 4.1995]
Q2	17 (32.7%)	7 (36.8%)	10 (25.3%)	0.760	1.334, IC 95 [0.3383 ; 5.1239]
Q3	21 (40.4%)	9 (47.4%)	12 (36.4%)	0.245	2.04, IC 95 [0.5487 ; 7.7463]
Q4	23 (44.2%)	6 (31.6%)	17 (51.5%)	0.559	1.561, IC 95 [0.4279 ; 5.7382]
Q5	14 (26.9%)	3 (15.8%)	11 (33.3%)	0.209	0.3817, IC 95[0.0588 ; 1.7792]
Q6	31 (59.6%)	15 (78.9%)	16 (48.5%)	0.041*	3.8796, IC 95[0.9585 ; 19.5524]
Q7	32 (61.5%)	10 (52.6%)	22 (66.6%)	0.381	0.562, IC95 [0.1508 ; 2.0673]
Q8	29 (55.8%)	10 (52.6%)	19 (57.6%)	0.777	0.8219, IC95 [0.2278 ; 2.9695]
Q9	50 (96.2%)	19 (100%)	31 (93.9%)	0.527	INF, IC 95 [0.1076 ; INF]
Q10	24 (46.2%)	4 (21.1%)	20 (60.6%)	0.009*	0.1796, IC95 [0.0353 ; 0.7297]
Q11	34 (65.4%)	8 (42.1%)	26 (78.8%)	0.014*	0.203, IC95 [0.0475 ; 0.7892]
Q12	12 (23.1%)	3 (15.8%)	8 (24.2%)	0.725	0.5917, IC95 [0.088 ; 2.9594]
Q13	25 (48.1%)	8 (42.1%)	17 (51.5%)	0.573	0.6895, IC95 [0.1868 ; 2.4583]
Q14	31 (59.6%)	13 (68.4%)	18 (54.5%)	0.388	1.7853, IC95 [0.4824 ; 7.2201]
Q15	32 (61.5%)	11 (57.9%)	21 (63.6%)	0.770	0.7894, IC95 [0.2146 ; 2.9454]
Q16	37 (71.2%)	12 (63.2%)	25 (75.6%)	0.358	0.5552, IC95 [0.1367 ; 2.2611]
Q17	15 (30.8%)	3 (15.8%)	12 (36.4%)	0.202	0.3348, IC95 [0.052 ; 1.5392]
Q18	37 (71.2%)	14 (73.7%)	23 (69.7%)	1	1.2128, IC95 [0.2978 ; 5.5025]
Q19	39 (55.8%)	12 (63.2%)	27 (81.8%)	0.186	0.3887, IC95 [0.0865 ; 1.6731]
Q20	35 (67.3%)	11 (57.9%)	24 (72.7%)	0.360	0.5225, IC95 [0.1342 ; 2.0153]
Q21	25 (48.1%)	9 (47.4%)	16 (48.5%)	1	0.9571, IC95 [0.2654 ; 3.4203]
Q22	46 (88.5%)	17 (89.5%)	29 (87.9%)	1	1.1689, IC95 [0.1487 ; 14.2066]
Q23	30 (57.7%)	6 (31.6%)	24 (72.7%)	0.0078*	0.1799, IC95 [0.0415 ; 0.6898]
Nb total rep	1196 (100%)	437 (100%)	759 (100%)		
Nb total bonnes rep	677 (56.6%)	224 (51.3%)	455 (59.9%)	0.00364*	0.7029, IC95 [0.5504 ; 0.8972]

L'observation des résultats question par question retrouve une différence significative ($P < 0,05$ avec IC95) entre les deux groupes (hommes vs femmes) pour 3 questions. Pour ces 3 questions, les femmes ont significativement plus souvent donné la bonne réponse à la question posée.

Il s'agissait -de la question n°6 concernant le nombre moyen de tétée par jour avec $p = 0,041$.

-de la question n°10 concernant la prise de poids attendue par semaine avec $p = 0,009$.

-de la question n°11 concernant la conduite à tenir devant un ictere de nouveau-né allaité avec $p=0,014$.

Enfin lorsqu'on additionne l'ensemble du nombre de bonnes réponses données dans les deux groupes, une retrouve une différence très significative entre les deux : $p=0,00364$. Les femmes ont donc plus souvent donné la réponse attendue à la question sur l'ensemble du questionnaire.

2-3.2 En fonction de la parité

	TOTAL	ENFANTS	PAS ENFANT	p	odds ratio
EFFECTIF	52 (100%)	9 (100%)	43 (100%)		
Q1	39 (75%)	9 (100%)	30 (69.8%)	0.0909	INF, IC95 [0.7158 ; INF]
Q2	17 (32.7%)	5 (55.5%)	12 (27.9%)	0.132	3.1482, IC95 [0.5708 ; 18.8277]
Q3	21 (40.4%)	3 (33.3%)	18 (41.8%)	0.723	0.6992, IC95 [0.0999 ; 3.8175]
Q4	23 (44.2%)	4 (44.4%)	19 (44.2%)	1	1.0103, IC95 [0.1748 ; 5.438]
Q5	14 (26.9%)	2 (22.2%)	12 (27.9%)	1	0.7422, IC95 [0.0662 ; 4.7104]
Q6	31 (59.6%)	3 (33.3%)	28 (65.1%)	0.133	0.2752, IC95 [0.0389 ; 1.5081]
Q7	32 (61.5%)	5 (55.5%)	27 (62.7%)	0.719	0.7451, IC95 [0.1371 ; 4.3331]
Q8	29 (55.8%)	5 (55.5%)	24 (55.8%)	1	0.9898, IC95[0.1839 ; 5.7203]
Q9	50 (96.2%)	9 (100%)	41 (95.3%)	1	INF, IC95 [0.0379 ; INF]
Q10	24 (46.2%)	5 (55.5%)	19 (44.2%)	0.716	1.565, IC95 [0.2914 ; 9.0567]
Q11	34 (65.4%)	7 (77.8%)	27 (62.8%)	0.470	2.0475, IC95 [0.3323 ; 22.5582]
Q12	12 (23.1%)	5 (55.6%)	7 (16.3%)	0.0223*	6.1233, IC95 [1.038 ; 39.8938]
Q13	25 (48.1%)	6 (66.7%)	19 (44.2%)	0.283	2.4817, IC95 [0.4571 ; 17.3731]
Q14	31 (59.6%)	3 (33.3%)	28 (65.1%)	0.133	0.2752, IC95 [0.0389 ; 1.5081]
Q15	32 (61.5%)	7 (77.8%)	25 (58.1%)	0.454	2.4792, IC95 [0.4056 ; 27.2066]
Q16	37 (71.2%)	7 (77.8%)	30 (69.8%)	1	1.5053, IC95 [0.2395 ; 16.7629]
Q17	15 (30.8%)	3 (33.3%)	12 (27.9%)	0.706	1.2851, IC95 [0.1792 ; 7.2807]
Q18	37 (71.2%)	8 (88.9%)	29 (67.4%)	0.256	3.7832, IC95 [0.4314 ; 183.2516]
Q19	39 (55.8%)	8 (88.9%)	31 (72.1%)	0.420	3.043, IC95 [0.3412 ; 148.5848]
Q20	35 (67.3%)	6 (66.7%)	29 (67.4%)	1	0.9662, IC95[0.1736 ; 6.8499]
Q21	25 (48.1%)	5 (55.6%)	20 (46.5%)	0.722	1.4275, IC95[0.266 ; 8.2502]
Q22	46 (88.5%)	8 (88.9%)	38 (88.4%)	1	1.0516, IC95[0.0961 ; 55.9316]
Q23	30 (57.7%)	9 (100%)	21 (48.8%)	0.00663*	INF, IC95 [1.7576 ; INF]
Nb total rep	1196 (100%)	207 (100%)	989 (100%)		
Nb total bonnes rep	677 (56.6%)	134 (64.7%)	543 (54.9%)	0.0108*	1.5072, IC95 [1.0933 ; 2.0898]

L'observation des résultats question par question retrouve une différence significative ($P<0,05$ avec IC95) entre les deux groupes pour 2 questions. Pour ces deux questions les étudiants ayant déjà au moins un enfant ont significativement plus souvent répondu correctement à la question.

Il s'agissait de la question n° 12 concernant la crainte de l'insuffisance de lait avec $p=0,0223$.

De la question n°23 concernant les référents vers qui adresser les mères en cas de problème d'allaitement avec $p=0,0066$.

Enfin lorsqu'on additionne l'ensemble du nombre de bonnes réponses données dans les deux groupes, on retrouve une différence significative entre les deux : $p=0,0108$. Les étudiants ayant un enfant ont donc plus souvent donné la réponse attendue à la question sur l'ensemble du questionnaire.

2-3.3 En fonction de la participation à la formation médicale complémentaire

	TOTAL	FMC	PAS FMC	p	odds ratio
EFFECTIF	52 (100%)	10 (19.2%)	42 (80.8%)		
Q1	39 (75%)	10 (100%)	29 (69%)	0.0501	INF, IC95 [0.8356 ; INF]
Q2	17 (32.7%)	5 (50%)	12 (28.6%)	0.264	2.4521, IC95 [0.4715 ; 12.9044]
Q3	21 (40.4%)	5 (50%)	16 (38.1%)	0.500	1.6094, IC95 [0.316 ; 8.2389]
Q4	23 (44.2%)	9 (90%)	14 (33.3%)	0.00283*	17.0509, IC95 [2.0255 ; 812.4746]
Q5	14 (26.9%)	7 (70%)	7 (16.7%)	0.00196*	10.9094, IC95 [1.9369 ; 82.0955]
Q6	31 (59.6%)	5 (50%)	26 (61.9%)	0.500	0.6213, IC95 [0.1214 ; 3.1646]
Q7	32 (61.5%)	8 (80%)	24 (57.1%)	0.282	2.9433, IC95 [0.5001 ; 31.7436]
Q8	29 (55.8%)	3 (30%)	26 (61.9%)	0.0866*	0.2708, IC95 [0.0395 ; 1.3984]
Q9	50 (96.2%)	9 (90%)	41 (97.6%)	0.350	0.2286, IC95 [0.0027 ; 19.131]
Q10	24 (46.2%)	6 (60%)	18 (42.9%)	0.482	1.9732, IC95 [0.3989 ; 11.0034]
Q11	34 (65.4%)	7 (70%)	27 (64.3%)	1	1.29, IC95 [0.2465 ; 8.8695]
Q12	12 (23.1%)	3 (30%)	9 (21.4%)	0.679	1.5568, IC95 [0.2165 ; 8.7695]
Q13	25 (48.1%)	6 (60%)	19 (45.2%)	0.492	1.795, IC95 [0.3633 ; 9.9907]
Q14	31 (59.6%)	8 (80%)	23 (54.7%)	0.173	3.2359, IC95 [0.5513 ; 34.8661]
Q15	32 (61.5%)	8 (80%)	24 (57.1%)	0.282	2.9433, IC95 [0.5001 ; 31.7436]
Q16	37 (71.2%)	8 (80%)	29 (69%)	0.703	1.7747, IC95 [0.2931 ; 19.427]
Q17	15 (30.8%)	6 (60%)	9 (21.4%)	0.0243*	5.2805, IC95 [1.0083 ; 31.5546]
Q18	37 (71.2%)	10 (100%)	27 (63.4%)	0.0463*	INF, IC95 [1.0456 ; INF]
Q19	39 (55.8%)	8 (80%)	31 (73.8%)	1	1.4104, IC95 [0.2277 ; 15.6426]
Q20	35 (67.3%)	9 (90%)	26 (61.9%)	0.137	5.3974, IC95 [0.6389 ; 257.3329]
Q21	25 (48.1%)	5 (50%)	20 (47.6%)	1	1.098, IC95 [0.217 ; 5.5613]
Q22	46 (88.5%)	10(100%)	36 (85.7%)	0.582	INF, IC95 [0.274 ; INF]
Q23	30 (57.7%)	8 (80%)	22 (52.4%)	0.160	3.5545, IC95 [0.6067 ; 38.2726]

Nb total rep	1196 (100%)	230 (100%)	966 (100%)		
Nb total bonnes rep	677 (56.6%)	170 (73.9%)	507 (52.5%)	2.374E-9	2.5632, IC95 [1.8455 ; 3.5958]

L'observation des résultats question par question retrouve une différence significative ($P < 0,05$ avec IC95) entre les deux groupes pour 5 questions. Pour ces cinq questions les étudiants ayant assisté à la FMC sur l'allaitement maternel ont significativement plus souvent répondu correctement à la question.

Il s'agissait - de la question n° 4 concernant la durée recommandée par l'OMS avec $p = 0,0028$.

- de la question n°5 concernant le principe de l'allaitement maternel à la demande avec $p = 0,0019$.

- de la question n°8 concernant l'âge moyen auquel un bébé allaité fait ses nuits avec $p = 0,0866$.

- de la question n°17 concernant la conduite à tenir devant une baisse passagère de lait avec $p = 0,0243$.

- de la question n°18 concernant le transit du bébé allaité avec $p = 0,0463$.

Enfin lorsqu'on additionne l'ensemble du nombre de bonnes réponses données dans les deux groupes, on retrouve une différence très significative entre les deux : $p = 2,37 \text{ E-}9$. Les étudiants ayant assisté à la FMC ont donc plus souvent donné la réponse attendue à la question sur l'ensemble du questionnaire.

DISCUSSION

1- METHODOLOGIE DE L'ETUDE

1-1 Echantillon

1-1.1 Taux de réponses et recueil

Tous les internes de médecine générale en 6^{ème} semestre ont pu être abordés, puisque la distribution des questionnaires s'est faite lors de plusieurs cours organisés par le DUMG, dont la présence est obligatoire.

Le choix de cette méthode de distribution avait deux objectifs, d'une part limiter le nombre de non réponses, qui sont plus nombreuses en cas d'envoi des questionnaires par mail ou par courrier. Il nous semble que cet objectif est atteint puisque nous avons obtenu un taux de participation de près de 90%. D'autre part, nous avons choisi ce mode de distribution car il permettait d'avoir des réponses spontanées, sans que les étudiants aient le temps de chercher les réponses ou d'en discuter entre eux.

Cette étude a donc porté sur 52 (=89,7%) étudiants inscrits en 6^{ème} semestre de médecine générale au moment de l'enquête. On peut donc supposer que l'échantillon recueilli est représentatif de la population d'étudiants visés.

1-1.2 Caractéristiques de la population

En ce qui concerne la répartition en fonction du sexe, elle correspond à la répartition démographique de la promotion interrogée.

En revanche, concernant les internes ayant participé à la formation organisée par le SIRENH, cette formation étant basée sur le volontariat, les internes présents étaient probablement déjà plus sensibilisés à la problématique de l'allaitement maternel en médecine générale que ceux qui n'y ont pas participé, ce qui pourrait constituer un biais pour la significativité des résultats.

Enfin concernant l'intérêt pédagogique de l'étude, le questionnaire de retour avec des réponses détaillées a suscité de nombreuses réponses positives de la part des étudiants qui ont appréciés d'avoir une réponse aux questions qu'ils s'étaient posés suite à la distribution du questionnaire.

1-2 Questionnaire ⁽⁴⁴⁾

Nous avons choisi d'utiliser un questionnaire dans notre étude car cette méthode présente plusieurs avantages : -interroger un échantillon élargi.

-analyse quantitative des résultats pour permettre une analyse statistique des données.

-limiter les biais induits par la présence de l'enquêteur.

-respect de l'anonymat.

-facilité de manipulation.

-technique rapide et peu coûteuse.

Le questionnaire présente également des inconvénients :

-semble facile de réalisation mais devant être basé sur une technique sûre. Dans notre cas nous nous sommes aidés d'un guide d'élaboration de questionnaires d'évaluation des connaissances. ⁽⁴²⁾

-certains thèmes sont difficilement abordables par questionnaire.

-prive l'enquêteur d'observations accessibles par contact direct.

2- RESULTATS DE L' ETUDE

Le nombre moyen de bonnes réponses pour l'ensemble des étudiants est de 56,6%. Ce résultat montre que de manière générale, les questions concernant l'allaitement maternel à la fin du cursus de médecine générale sont encore nombreuses. Ce pourcentage de bonnes réponses est assez faible quand on sait que le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus souvent consulté en cas de difficulté en matière d'allaitement. ^(45 et 46)

2-1 Question par question

2-1.1 Question 1 : *L'OMS recommande un allaitement maternel exclusif jusqu'à*

75 % des étudiants ont répondu correctement à cette question. Ce qui montre que la majorité d'entre eux connaissent les recommandations de l'OMS sur la durée de l'allaitement maternel.

Pour cette question il n'a pas été observé de différence significative entre les groupes.

2-1.2 Question 2 : *Comment expliquez- vous le principe de l'allaitement maternel à la demande*

Seulement 32,7% des étudiants ont répondu correctement à cette question sans différence significative entre les groupes.

Les futurs médecins ne connaissent donc pas le principe de l'allaitement maternel à la demande qui consiste à proposer le sein sans attendre les pleurs du bébé et sans intervalle strict entre les tétées. Ceci est probablement dû aux nombreuses idées reçues sur l'allaitement maternel qui restent ancrées chez chacun, puisque même les étudiants ayant assisté à une formation spécifique sur l'allaitement maternel ne répondent pas mieux que les autres ⁽⁴⁷⁾. Ce résultat amène à s'interroger sur la capacité des médecins à accompagner un allaitement maternel s'ils n'en connaissent pas le principe de base.

2-1.3 Question 3 : *A 2 mois, un bébé nourrit au sein tète en moyenne*

Là aussi, moins de la moitié des étudiants (=40,4%) ont donné la bonne réponse sans différence significative entre les différents groupes.

Là encore cette question sur les connaissances théoriques en matière d'allaitement maternel pose problème aux étudiants. Il s'agit là aussi d'une méconnaissance des bases en matière d'allaitement.

2-1.4 Question 4 : *Quel(s) est (sont) les critères d'efficacité d'un allaitement maternel ?*

Pour cette question, 44,2% des internes ont répondu correctement. On observe une différence significative dans le groupe de ceux ayant participé à la Formation Médicale Complémentaire.

La question portait sur l'évaluation de l'efficacité d'un allaitement maternel ; même si encore trop peu d'internes semblent savoir le faire au vu de ce résultat, on observe que d'aborder le thème en formation améliore la connaissance sur les critères d'efficacité de l'allaitement.

2-1.5 Question 5 : *Un bébé allaité exclusivement fait en moyenne ses nuits*

Seuls 26,9% des internes ont donné la bonne réponse sur ce sujet. Mais les internes ayant participé à la formation ont significativement mieux répondu à la question.

Le faible taux de bonnes réponses est probablement en rapport avec la grande variabilité inter individuelle sur ce point. L'objectif de la question était de montrer aux étudiants qu'un bébé allaité qui réclame encore la nuit à 6 mois ne fait pas forcément de caprice et donc de ne pas culpabiliser les parents en consultation lorsqu'ils sont confrontés à cette situation.

2-1.6 Question 6 : *Un bébé allaité doit avoir repris son poids de naissance*

Plus de la moitié des internes ont répondu correctement à cette question (=59,6%), avec une différence significative en fonction du sexe puisque les femmes ont mieux répondu à cette question.

A la sortie de la maternité, on conseille aux femmes de consulter leur médecin traitant rapidement, ceci permet entre autre de repérer les enfants ne prenant pas suffisamment de poids et éventuellement de corriger les erreurs en cas d'allaitement maternel. ⁽⁴⁸⁾

2-1.7 Question 7 : *La prise de poids moyenne d'un bébé allaité est*

61,5 % des étudiants ont répondu correctement à cette question relative à la prise de poids attendu chez un nouveau-né durant les 3 premiers mois de vie.

Nous n'avons pas observé de différence significative entre les groupes.

Même si plus de la moitié ont bien répondu, près d'un quart des personnes ne savent pas combien doit prendre un enfant au début de sa vie ; ce résultat est faible compte tenu de l'importance du rôle du poids à cette âge. En effet, un enfant ne prenant pas du tout ou pas assez de poids peut avoir une pathologie organique sous-jacente dont le seul symptôme est cette mauvaise prise pondérale. Et à l'inverse, cette méconnaissance peut conduire à des conseils délétères en matière d'allaitement visant à espacer les tétées en cas de prise pondérale plus rapide chez les nouveaux nés allaités ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾

2-1.8 Question 8 : *La maman de Louise, 5 semaines née à terme à 3,5kg et allaitée exclusivement au sein, vient vous voir ; elle est inquiète car sa fille a toujours la peau et les yeux jaunes. Que faites-vous ?*

55,8% des étudiants connaissent le caractère bénin de l'ictère au lait de mère sans différence significative entre les différents groupes.

Il s'agit pourtant d'un élément qui touche près de 60% des nouveaux nés à terme avec une incidence qui augmente chez les prématurés.

Cette méconnaissance est peut être due au fait que cet ictère physiologique débute dans les 24h de vie, et donc les parents ont déjà posés les questions qu'ils avaient à ce sujet pendant l'hospitalisation en maternité. ⁽⁴⁹⁾

2-1.9 Question 9 : *Hyppolite est né il y a 15 jours et est allaité exclusivement. Son examen montre une stagnation pondérale depuis la sortie de la maternité où il avait commencé à reprendre du poids. Sa maman vous dit que c'est parce qu'elle n'a pas assez de lait, elle le sait ! Que lui dites-vous ?*

96,2% des internes ont répondu correctement à cette question sans différence significative entre les groupes.

Ceci montre qu'il est maintenant acquis que les insuffisances de lait vraies sont rares et que donc toute femme qui désire allaiter doit pouvoir le faire. ⁽³³⁾

2-1.10 Question 10 : *Jules 3 semaines, est amené par ses parents qui sont inquiets car depuis 24h il pleure beaucoup, surtout le soir et ne se calme qu'au sein. Son examen est normal, il grossit bien. Que dites-vous à ses parents ?*

46,2% des internes ont donné la bonne réponse à cette question. On observe que les femmes ont plus souvent mieux répondu que les hommes.

Le faible taux de bonnes réponses est probablement lié au fait que les pics de croissance sont très souvent méconnus des professionnels de santé, en effet la littérature ne fait pas effet de ces étapes du développement de l'enfant. Les professionnels spécialisés en lactation humaine, reconnaissent pourtant l'existence de ces périodes de 24-48h pendant lesquelles l'enfant réclame plus souvent car ses besoins augmentent.

2-1.11 Question 11 : *Capucine, 4 mois part en vacances avec ses parents dans le sud de la France ; sa maman veut savoir si elle doit changer quelque chose avec son allaitement. Que lui conseillez-vous ?*

65,4% des étudiants ont répondu correctement à cette question avec une différence significative en faveur des femmes.

2-1.12 Question 12 : *Mme X. va reprendre son travail et souhaite continuer à allaiter son bébé. Elle voudrait savoir comment conserver le lait*

Seuls 23,1% des internes ont répondu correctement à cette question ce qui est très peu. Les internes ayant déjà au moins un enfant ont significativement mieux répondu que ceux sans enfants.

Ceci est peut-être dû au fait qu'il s'agit plus d'une question de puériculture qu'un sujet médical. Mais le médecin traitant étant souvent le seul interlocuteur, il paraîtrait intéressant qu'il sache répondre à ce type de question. La différence observée dans le groupe avec enfant est probablement liée à leur expérience personnelle en la matière.

2-1.13 Question 13 : *Agathe a 20 jours et est allaité exclusivement. Sa maman vous appelle car Agathe n'a pas eu de selle depuis 3 jours, elle voudrait savoir ce qu'elle doit faire. Que faites-vous ?*

Là encore seuls 23,1% des étudiants ont répondu correctement à la question sans différence significative entre les groupes.

Hors il s'agit d'un motif de consultation fréquent source d'une grande angoisse parentale. Il est du ressort du médecin généraliste de connaître les grandes variabilités possibles en matière de transit d'un enfant au sein afin de pouvoir rassurer les parents et de ne pas interrompre un allaitement qui fonctionne.

2-1.14 Question 14 : *La maman du petit Hector, 5 mois qui tète 6 fois par jour, avec une pause de 8 heures la nuit vient vous voir désespérée car elle dit avoir de moins en moins de lait, mais elle souhaite continuer à allaiter son fils jusqu'à ses 9 mois. Que lui dites-vous ?*

Un peu plus de la moitié des internes (59,6%) ont bien répondu à cette question sans différence entre les groupes.

Cette question sur le rôle important du médecin en matière d'accompagnement de l'allaitement, montre que trop peu de futurs médecins savent quels conseils donner aux mamans lorsqu'elles ont l'impression d'avoir moins de lait.

2-1.15 Question 15 : *Agathe 3 mois née à terme et en parfaite santé, allaitée exclusivement est amenée par sa maman car sa fille est constipée, elle n'a qu'une selle tous les 4 jours, molle, très abondante et indolore. Elle a pris 2,4 kg depuis la naissance. Que faites-vous ?*

61,5% des internes ont répondu correctement à cette question.

Il s'agit du même thème qu'à la question 13 où le nombre de bonnes réponses était nettement inférieur. La seule explication que nous retenons pour cette différence serait liée au fait que dans la question 13, le conseil est téléphonique et que pour ce sujet qui n'est pas maîtrisé par les étudiants, la prudence étant de mise, ils préfèrent voir l'enfant pour s'assurer que tout va bien.

2-1.16 Question 16 : *Mme X. a accouché il y a 7 jours, et est sortie de la maternité à J2 en HAD. Depuis sa sortie l'allaitement maternel est douloureux surtout sur le sein droit. L'examen retrouve une petite crevasse à la face interne du mamelon. Que faire ?*

71,2% des étudiants ont répondu correctement à cette question sans différence significative entre les groupes.

Ce taux élevé de bonnes réponses est probablement lié au fait que la question portait sur une complication de l'allaitement, sujet abordé au cours du deuxième cycle d'étude médicale dans le cadre de la question numéro 24 de préparation aux ECN (Allaitement et complications : complications éventuelles et leur prévention). En effet les pathologies en rapport avec l'allaitement sont étudiées au cours des études de médecine contrairement à l'allaitement physiologique.

2-1.17 Question 17 : *Mme Y. consulte avec son fils Gaspard, 3 mois qui tète 8 fois par jour dont une fois la nuit et grossit bien. Elle a les seins très gonflés et douloureux depuis 3 jours. L'examen retrouve un engorgement bilatéral. Que faites-vous ?*

Un tiers (32,7%) des étudiants interrogés ont répondu correctement à la question. Ceux ayant participé à la formation médicale continue y ont mieux répondu.

Il s'agit là encore d'un motif très fréquent de consultation en médecine générale, et c'est une grande cause d'arrêt non justifié d'allaitement. Le risque de la méconnaissance de la prise en charge d'un engorgement est l'aggravation et l'évolution vers la mastite voire l'abcès. Il est donc très important que les médecins connaissent cette prise en charge.

2-1.18 Question 18 : *Vous revoyez Mme X. 4 jours plus tard. La crevasse est toujours là et son sein droit est maintenant rouge, gonflé et douloureux dans le quadrant supéro-externe. Elle a 38,5° de température.*

71,2% des internes ont bien répondu à cette question avec une différence significative en faveur de ceux ayant participé à la FMC.

Comme pour la question 16, il s'agit d'une question sur les complications de l'allaitement, sujet enseigné et donc connu des internes, ce qui explique le taux élevé de bonnes réponses.

2-1.19 Question 19 : *Finally Mme X, guérie, souhaite arrêter l'allaitement, trop contraignant et trop difficile pour elle. Elle veut sevrer son bébé dès aujourd'hui, que lui prescrivez-vous ?*

55,8% des étudiants ont répondu correctement à cette question sans différence entre les groupes.

Ceci s'explique peut-être par le fait que la question du sevrage est un sujet généralement abordé en maternité, et que c'est un point sur lequel les modalités de prise en charge varient en fonction des terrains de stage proposés aux internes de Médecine Générale. En effet, en fonction des habitudes des pédiatres de maternité, certains ne donnent plus d'inhibiteur de la lactation tel que le bromokin, d'autres conseils seulement l'espacement des tétées sans prise en charge antalgique. L'absence de consensus à ce sujet peut donc expliquer le faible taux de bonnes réponses.

2-1.20 Question 20 : *You receive in consultation a young couple worried. The woman has a unicorn uterus, her gynecologist told her that pregnancy was possible but she probably wouldn't go to term. But she wants to know if she can still breastfeed her baby. What do you tell her ?*

67,3% des étudiants ont répondu correctement à cette question sans différence entre les groupes.

Cette question sur la physiologie de la glande mammaire et de lactation humaine avait pour but de sensibiliser les internes sur le fait que toute maman, ayant accouché prématurément pourra si elle tire son lait produire suffisamment de lait pour nourrir son enfant. Dans le cadre de la promotion de l'allaitement maternel, il est important que les futurs médecins le sachent afin de pouvoir conseiller ces femmes à risque, et ce d'autant plus que les bénéfices du lait maternel sont très importants pour les nouveau-nés prématurés.

2-1.21 Question 21 : *Mme Z. est VHB+, elle est enceinte, suivie à l'hôpital pour sa grossesse et son hépatite virale. Elle souhaite allaiter son bébé. Que lui dites-vous ?*

Moins de la moitié des internes (48,1%) ont répondu correctement à cette question sans différence significative entre les groupes.

Là encore les rares contre-indications à l'allaitement maternel sont insuffisamment connues des internes, hors dans le cadre de la promotion de l'allaitement, il nous semble important que les médecins les connaissent.

2-1.22 Question 22 : *Au cours de la consultation pour son bébé (Agathe, 10 jours et allaitée), la maman vous demande ce qu'elle doit faire pour sa contraception, elle ne veut surtout pas risquer une nouvelle grossesse. Quel moyen de contraception lui proposez-vous ?*

88,5% des internes ont bien répondu à cette question sans différence entre les groupes.

Cette question de thérapeutique consiste en une partie du travail des internes de médecine générale dans les services de suites de couches. Ce thème purement médical semble donc bien acquis des prescripteurs qu'ils sont.

2-1.23 Question 23 : *Connaissez-vous au moins un groupe de soutien ou un professionnel vers qui adresser une femme qui allaite si vous êtes dépassé ?*

57,7% des étudiants ont donné une réponse à cette question ouverte, la seule du questionnaire.

Il nous semble, au vu du faible taux de bonnes réponses globales (56,6%) sur l'ensemble du questionnaire, que trop peu d'internes connaissent les personnes relais vers qui se tourner en cas de difficulté de prise en charge d'une mère et son enfant allaitant. C'est probablement en partie pour cette raison que de nombreux allaitement maternel se trouvent arrêtés plus précocement que ce que la maman avait prévu, lorsqu'elles s'adressent à des professionnels de santé démunis devant ce sujet.

Hors savoir quand et vers qui adresser un patient, lorsque la pathologie ou le motif de consultation dépasse nos connaissances, fait partie intégrante du rôle de médecin généraliste référent.

2-2 En fonction des sous-groupes

Il existe une différence significative entre les différents sous-groupes.

En effet même s'il n'existe une différence significative que sur 3 des 23 questions du questionnaire, au total, les femmes ont mieux répondu que les hommes ($p=0.00364$). Cette différence est peut être liée au fait que les femmes se sentent plus concernées que les hommes si elles projettent d'allaiter leur enfant.

De même les étudiants ayant déjà au moins un enfant ont également un nombre de bonnes réponses significativement plus important que ceux sans enfant ($p= 0.0108$). Cette différence peut s'expliquer par une expérience personnelle de l'allaitement maternel.

Enfin, les étudiants ayant assistés à la soirée de formation sur l'allaitement maternel ont un nombre de bonnes réponses nettement supérieur à ceux qui n'y ont pas assisté ($p= 2,74E 9$). Cette dernière comparaison montre qu'une formation dédiée à l'allaitement maternel a un impact positif sur les connaissances des étudiants et ce même quelques mois plus tard. Cette constatation est appuyée par le très fort niveau de significativité du « p ». En effet le thème de l'allaitement maternel est abordé pour tous les étudiants au cours du deuxième cycle, mais seules les complications sont traitées. Au cours du troisième cycle, le sujet est abordé de manière variable en fonction des facultés ; en effet comme cette étude l'a montré peu de Départements Universitaires de Médecine Générale ont un enseignement spécifique à ce sujet. La plupart d'entre eux l'aborde rapidement au sein de module sur la prise en charge du post-partum comme c'est le cas de la faculté de Rouen ⁽⁵⁰⁾ ou dans les modules d'alimentation de l'enfant.

Hors, force est de constater que lorsqu'on regarde les résultats de notre étude, que cette façon d'aborder le sujet n'est pas suffisante. En effet, la participation aux enseignements organisés à la faculté de Rouen étant obligatoire, on peut supposer qu'une majorité des 90% de la promotion interrogée a assisté à ce cours.

2-3 Intérêt intrinsèque de l'étude

Un des objectifs de cette étude était un intérêt pédagogique par l'envoi d'un questionnaire avec les réponses à la fin du recueil. Cet objectif a été atteint car nous avons obtenu de nombreux retours positifs à cette occasion de la part d'internes qui s'étaient rendu compte de leurs lacunes à ce sujet et qui étaient ravis d'obtenir quelques réponses aux interrogations que ce questionnaire avait suscité chez eux.

La diffusion du questionnaire « réponses » a été faite par le biais de la mailing-list du Syndicat de Médecine générale. Ces derniers ont souhaité, avec notre accord, transmettre ces réponses à l'ensemble des internes de médecine générale adhérant au SIREHN, toutes promotions confondues. Cette diffusion large a également suscité un intérêt auprès d'étudiants n'ayant pas été sollicités pour notre étude ; en effet nous avons reçu des commentaires confirmant leur intérêt sur ce sujet qui reste peu enseigné.

L'état des lieux des connaissances des internes sur l'allaitement maternel a été recueilli sous la forme d'une évaluation formative, dont l'objectif est de faire un diagnostic et de réguler les apprentissages des étudiants. Ce type d'évaluation, par opposition à l'évaluation sommative, nous donne une information objective sur la nature et la valeur des apprentissages réalisés afin d'en tirer un ajustement pour les enseignements à venir. C'est

donc bien la fonction pédagogique de cette évaluation qui est prioritaire dans notre étude.⁽⁵¹⁾

3- PLACE DES MEDECINS GENERALISTES DANS L' ALLAITEMENT MATERNEL

Les réactions suscitées par notre étude auprès des étudiants montrent leur intérêt pour ce sujet. Ils sont donc sensibilisés au fait que les futurs médecins généralistes qu'ils sont, ont toute leur place dans la promotion et l'accompagnement de l'allaitement maternel.

Plusieurs études ont déjà fait ressortir que le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus souvent sollicité par les mères lorsqu'elles rencontrent des difficultés avec l'allaitement.^(45 et 46) Ceci est probablement dû au fait que le médecin généraliste est le seul praticien qu'elles voient pendant leur grossesse et après ; c'est tout le rôle de suivi du médecin généraliste qui prend sa place à ce niveau.

Ces constatations s'opposent aux résultats d'une étude réalisée en Seine Maritime en 1986 qui montrait que la plupart des professionnels de santé pensaient que leur rôle était nul dans la promotion de l'allaitement maternel.⁽⁵²⁾

L'American Academy of Pediatrics et l'American college of Obstétriciens and gynécologues recommandent tous les deux que les praticiens soient là pour conseiller les femmes et leur étude a montré que c'est également ce qu'attendent les femmes de leur médecin généraliste⁽⁵³⁾.

Enfin l'importance de l'influence des professionnels de santé sur la décision d'allaiter et la durée de l'allaitement a été plusieurs fois démontrée⁽²³⁻²⁵⁾. Concernant l'influence sur la durée de l'allaitement, on comprend bien que si le médecin consulté sait prendre en charge les complications simples de l'allaitement, cela permettra de diminuer le nombre de sevrage précoce. En effet les petites difficultés liées à l'allaitement sont la première cause de sevrage précoce dans le premier mois.⁽⁵⁴⁾

4- PROPOSITIONS

4-1 Formation des professionnels de santé

4-1.1 Formation médicale initiale

Le rapport de Turck 2010 sur les propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel souligne l'importance de développer la place de l'allaitement maternel tant au

cours du 2^{ème} cycle sous forme d'enseignement théorique qu'au cours du 3^{ème} cycle en renforçant ces connaissances et en insistant sur le mode pratique. ⁽⁵⁵⁾

Au cours du deuxième cycle d'étude médical, la question de l'allaitement est abordé dans le dans l'item n°24 : Allaitement et complications : expliquer les modalités et argumenter les bénéfices de l'allaitement maternel, préciser les complications éventuelles et leur prévention. Seules les complications sont en fait enseignées ici. Il paraîtrait nécessaire d'élargir cet enseignement à la physiologie de la lactation, aux recommandations ainsi qu'au principe d'allaitement maternel à la demande.

Au cours du troisième cycle, la formation n'est pas harmonisée dans toutes les facultés.

En effet un travail de thèse réalisé en 2009 a montré que peu de Départements Universitaires de Médecine Générale avaient un enseignement dédié spécifiquement à l'allaitement maternel ⁽⁵⁶⁾. Pour la plupart d'entre eux, le sujet est abordé rapidement au cours d'un séminaire, soit sur le post-partum comme c'est le cas à Rouen, soit sur la prise en charge du nouveau-né. Cette étude qui avait pour objectif d'évaluer les compétences et connaissances des internes de médecine générale de Nice sur l'allaitement présente des résultats similaires aux nôtres quant à l'insuffisance de ces connaissances. ⁽⁵⁶⁾

Une autre étude faite en 2010 auprès des internes en médecine générale de Toulouse confirme l'importance de l'impact d'une formation spécifique sur l'allaitement. L'évaluation des connaissances dans cette étude était articulée autour d'un séminaire avec questionnaire pré et post test. Les résultats de cette étude montraient une amélioration des connaissances après la formation ; ce qui est également le cas dans la nôtre.

Pour améliorer les connaissances des internes en médecine générale sur l'allaitement maternel, il nous semble indispensable d'inclure ce thème dans les objectifs d'apprentissages des Départements de Médecine Générale. Cet enseignement pourrait se faire sous la forme d'un séminaire animé par des sages-femmes et des pédiatres consultants en lactation.

L'apprentissage pourrait également se faire sur les terrains de stage, par exemple au cours des stages en pédiatrie, il pourrait être demandé aux personnes encadrant ces stages de faire une formation courte sur ce thème.

Enfin, en laissant plus de temps aux internes en stage en gynécologie pour suivre les sages-femmes et les puéricultrices lorsqu'elles interviennent sur ce sujet auprès des mères.

Une étude réalisée en 2001 auprès de médecins généralistes, montrait que 72% d'entre eux auraient souhaité avoir une formation sur l'allaitement au cours de leur troisième cycle d'étude médicale. ⁽⁵⁷⁾

4-1.2 Formation médicale continue

L'étude de Gabilly, précédemment citée, rapportait que 67% des médecins généralistes souhaitait avoir une formation médicale continue sur le thème de l'allaitement maternel.

Dans son rapport sur la promotion de l'allaitement maternel, Turk dit l'importance de la formation médicale continue pour l'entretien des connaissances, formation faisant partie à part entière de la promotion de l'allaitement maternel par les ARS.

Une étude américaine⁽⁵⁸⁾ réalisée auprès de gynécologues, pédiatres et médecins généralistes a montré que plus de la moitié d'entre eux n'avait pas ou très peu été formé en matière d'allaitement maternel et que ce qui leur manquait le plus, était des réponses aux problèmes rapportés par leurs patientes.

Ces formations peuvent être organisées par des associations de soutien à l'allaitement maternel.

Pour ceux souhaitant approfondir le sujet, il existe des formations complètes sur le sujet comme le DIU de lactation humaine et Allaitement Maternel de la faculté de Brest.

4-2 Place d'une consultation spécialisée

Une étude réalisée en Savoie en 2006 a montré l'intérêt d'une consultation précoce spécialisée dans le post-partum. En effet cette consultation, réalisée par des médecins généralistes, pédiatres et médecins de PMI formés à l'allaitement maternel a permis un allongement de la durée globale de l'allaitement et un allongement de l'allaitement maternel exclusif.

Il paraît donc important d'informer les femmes sur la nécessité de prendre rendez-vous avec un médecin, qui est souvent leur médecin généraliste, rapidement après la sortie de la maternité. Ceci pourrait être une des missions de l'interne effectuant la sortie de suite de couches.⁽⁴⁸⁾

4-3 Promotion de l'allaitement maternel

Depuis plusieurs années, des mesures de promotion en faveur de l'allaitement maternel ont été mise en place au niveau international et national afin d'augmenter les taux d'initiation et la durée moyenne de l'allaitement.

4-3.1 Au niveau international

- Initiative « hôpital ami des bébés » avec la rédaction des dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel (Annexe 4)
- Déclaration d'Innocenti, signée en 1990, visant à définir des objectifs concrets et des moyens de promotion de l'allaitement maternel. ⁽⁵⁹⁾
- Convention internationale des droits de l'enfant, signée en 1989, qui aborde le thème de l'allaitement maternel. ⁽⁶⁰⁾

4-3.2 Au niveau européen

- Etats des lieux sur les taux d'allaitement maternel en Europe.
- Rédaction de recommandations européennes sur la nécessité d'accès par tous les professionnels de santé à une formation médicale continue interdisciplinaire.

4-3.3 Au niveau national

- Recommandations de la haute autorité de santé en 2006 pour favoriser l'allaitement maternel. ⁽¹⁾
- Rédaction de brochures informatives sur la promotion de l'allaitement maternel avec le PNNS. ⁽⁶¹⁾
- Création des réseaux de périnatalité regroupant les médecins de ville et les hospitaliers et proposant des formations variées sur les thèmes de la périnatalité.

CONCLUSION

Les taux d'allaitement maternel en France restent parmi les plus bas en Europe et ce malgré les mesures de promotion prises par les pouvoirs publics depuis quelques années.

Dans l'accompagnement de ces femmes souhaitant allaiter, le médecin généraliste est amené à jouer un rôle important, puisqu'il est souvent le premier professionnel de santé vers qui les femmes se tournent à la sortie de la maternité. On comprend donc l'importance d'une formation médicale adaptée et suffisante pour répondre aux questions de ces femmes.

La formation médicale initiale des futurs médecins généralistes au cours de leur cursus universitaire est donc très importante. En effet, c'est bien à ce moment-là que les connaissances de bases doivent être dispensées aux internes et il est de leur responsabilité d'approfondir ces connaissances en formation médicale continue.

Les résultats de notre étude montrent que les internes en médecine générale de Rouen, comme ceux d'autres facultés où des évaluations similaires ont été réalisées (Nice et Toulouse), n'ont pas les connaissances suffisantes concernant l'allaitement maternel. On observe que les femmes et les internes ayant déjà un enfant répondent généralement mieux que les autres internes avec un nombre moyen de bonnes réponses de 60% pour les femmes et de 65% pour internes parents alors que le taux global de bonnes réponses est de 56%.

Mais cette différence est faible, par rapport à celle observée dans le groupe comparant les internes ayant assistés à une formation médicale complémentaire avec ceux qui n'y ont pas participé. En effet les internes ayant assistés à cette formation ont 74% de bonnes réponses, il y a une différence très significative avec $p = 2,37 \text{ E-}9$.

Ceci nous montre bien que quel que soit l'intérêt porté à la discipline ou l'expérience personnelle de chacun, sans formation théorique les connaissances restent insuffisantes.

Pour améliorer ces connaissances, il nous semblerait nécessaire de mettre en place un enseignement dédié spécifiquement à l'allaitement maternel au cours de la formation universitaire des internes de médecine générale de Rouen. On pourrait également demander aux praticiens hospitaliers d'accentuer les interventions sur ce thème au cours des stages en maternité.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire aller :

Questionnaire thèse médecine générale sur l'allaitement maternel.

1/Êtes-vous : un homme ou une femme

2/Avez-vous des enfants ? OUI ou NON.

Si oui, ont-ils été allaités ? OUI ou NON.

3/ Avez-vous assisté à la FMC sur l'allaitement maternel organisée par le SIREHN en janvier ?
OUI ou NON

4/L'OMS recommande un allaitement maternel exclusif jusqu'à : a_ 3mois
b_ 4 mois
c_ 6mois

5/Comment expliquez- vous le principe de l'allaitement maternel à la demande ?
a_ proposer le sein à chaque phase d'éveil calme.
b_ proposer le sein dès que bébé s'agite ou met les mains à la bouche.
c_ proposer le sein quand bébé pleure.

6/A 2 mois, un bébé nourrit au sein tète en moyenne : a_ 4 à 8 fois/jour
b_ 8 à 12 fois/jour
c_ 12 à 16 fois/jour

7/Quel(s) est (sont) les critères d'efficacité d'un allaitement maternel ?
a_ au moins 6 couches mouillées d'urines par jour.
b_ au moins 3 selles par jour voir même une après chaque tétée.
c_ un bébé qui s'endort repu au sein.

8/ Un bébé allaité exclusivement fait en moyenne ses nuits :
a_ vers 2 mois comme un bébé nourrit au biberon.
b_ vers 4 mois.
c_ rarement avant 6 mois, il garde souvent 1 tétée dans la nuit.

9/Un bébé allaité doit avoir repris son poids de naissance : a_ à la sortie de la maternité.
b_ à J10
c_ à J20

10/ La prise de poids moyenne d'un bébé allaité est : a_ de 70 à 140 g/semaine.
b_ de 140 à 210 g/semaine.
c_ au moins 210 g/semaine.

11/ La maman de Louise, 5 semaines née à terme à 3,5kg et allaitée exclusivement au sein, vient vous voir ; elle est inquiète car sa fille a toujours la peau et les yeux jaunes. Que faites-vous ?

a_ vous lui prescrivez une prise de sang pour mesurer la bilirubinémie.

b_ vous l'adressez aux urgences car une hyperbilirubinémie prolongée peut entraîner les encéphalopathies.

c_ vous la rassurez, l'ictère au lait de mère peut durer jusqu'à 3 mois après la naissance.

12/ Hyppolite est né il y a 15 jours et est allaité exclusivement. Son examen montre une stagnation pondérale depuis la sortie de la maternité où il avait commencé à reprendre du poids. Sa maman vous dit que c'est parce qu'elle n'a pas assez de lait, elle le sait ! Que lui dites-vous ?

a_ Vous proposez un complément de lait artificiel, il est possible qu'elle n'ait pas assez de lait. L'insuffisance idiopathique de lait touche 5% des femmes qui souhaitent allaiter.

b_ Vous observez la tétée pour rechercher des signes de mauvaise prise de sein, lui donnez des conseils et lui proposez de la revoir dans 48h.

c_ Vous recherchez un antécédent d'obésité dans l'adolescence qui aurait pu être responsable d'une hypoplasie de la glande mammaire.

13/ Jules 3 semaines, est amené par ses parents qui sont inquiets car depuis 24h il pleure beaucoup, surtout le soir et ne se calme qu'au sein .Son examen est normal, il grossit bien. Que dites-vous à ses parents ?

a_ Ce sont probablement les coliques du nourrisson, le lait maternel étant plus riche, la digestion est plus lente et est plus souvent douloureuse.

b_ Vous proposez de donner un biberon de lait artificiel le soir, ça le calmera.

c_ c'est normal, à 3 semaines de vie, il y a un pic de croissance ; il faut donner le sein à Jules aussi souvent qu'il le réclame.

14/ Capucine, 4 mois part en vacances avec ses parents dans le sud de la France ; sa maman veut savoir si elle doit changer quelque chose avec son allaitement. Que lui conseillez-vous ?

a_ de proposer un biberon de lait entre deux tétées les jours de forte chaleur.

b_ de proposer régulièrement des biberons d'eau minérale à Capucine. Si elle a soif, elle va boire.

c_ de continuer l'allaitement maternel à la demande, ça suffit à combler les besoins du bébé.

15/Mme X. va reprendre son travail et souhaite continuer à allaiter son bébé. Elle voudrait savoir comment conserver le lait :

a_ 12h au réfrigérateur, pas de freezer et 4 mois au congélateur.

b_ 24h au réfrigérateur, 2 semaines au freezer et 2 mois au congélateur.

c_ 48h au réfrigérateur, 2 semaines au freezer et 4 mois au congélateur.

16/ Agathe a 20 jours et est allaité exclusivement. Sa maman vous appelle car Agathe n'a pas eu de selle depuis 3 jours, elle voudrait savoir ce qu'elle doit faire. Que faites-vous ?

a_ vous la rassurez, au sein le transit n'est pas régulier.

b_ vous lui demandez de vous l'amener tout de suite pour la peser.

c_ vous lui dites de boire de l'Hépar, ça accélèrera le transit de sa fille et de venir consulter si elle n'a toujours pas de selle dans 48h.

17/La maman du petit Hector, 5 mois qui tète 6 fois par jour, avec une pause de 8 heures la nuit vient vous voir désespérée car elle dit avoir de moins en moins de lait, mais elle souhaite continuer à allaiter son fils jusqu'à ses 9 mois. Que lui dites-vous ?

a_ de se détendre, de se reposer et de bien s'hydrater ça devrait aider.

b_ de tirer son lait 1 ou 2 fois entre les tétées (au moins une fois la nuit), de faire du peau à peau avec son bébé et d'avoir confiance en elle. Il n'y a pas de raison que ça s'arrête.

c_ vous lui prescrivez du motilium, c'est un galactogogue.

18/ Agathe 3 mois née à terme et en parfaite santé, allaitée exclusivement est amenée par sa maman car sa fille est constipée, elle n'a qu'une selle tous les 4 jours, molle, très abondante et indolore. Elle a pris 2,4 kg depuis la naissance. Que faites-vous ?

a_ Vous arrêtez l'allaitement pour mettre en place un « lait transit ».

b_ Vous dites à la maman de boire de l'Hépar, ça va accélérer le transit de son bébé.

c_ Vous prescrivez un laxatif léger à Agathe.

d_ Vous ne faites rien et rassurez la maman, les selles sont dites rares à partir d'un mois.

19/Mme X. a accouché il y a 7 jours, et est sortie de la maternité à J2 en HAD. Depuis sa sortie l'allaitement maternel est douloureux surtout sur le sein droit. L'examen retrouve une petite crevasse à la face interne du mamelon. Que faire ?

a_ Vous l'encouragez à prendre une bonne position et à varier les positions.

b_ Vous lui dites de tirer son lait du sein droit (elle peut continuer l'allaitement sur le sein gauche) en attendant que la crevasse soit guérie puis elle pourra reprendre.

c_ Vous prescrivez une pommade cicatrisante type lansinoh, mamilan.

20/Mme Y. consulte avec son fils Gaspard, 3 mois qui tète 8 fois par jour dont une fois la nuit et grossit bien. Elle a les seins très gonflés et douloureux depuis 3 jours. L'examen retrouve un engorgement bilatéral. Que faites-vous ?

a_ Vous lui dites de restreindre ses quantités de boissons et de tirer son lait entre les tétées pour soulager les seins.

b_ Vous augmentez la fréquence des tétées en commençant par le sein le plus douloureux.

c_ Vous lui dites de tirer son lait et de le donner au biberon à Gaspard qui prend peut être mal le sein.

21/ Vous revoyez Mme X. 4 jours plus tard. La crevasse est toujours là et son sein droit est maintenant rouge, gonflé et douloureux dans le quadrant supéro-externe. Elle a 38,5° de température.

a_ c'est une mastite inflammatoire : il faut suspendre l'allaitement sur le sein douloureux, tirer son lait et le jeter et poursuivre l'allaitement sur l'autre sein et soulager la douleur avec du paracétamol.

b_ c'est une mastite inflammatoire : il faut poursuivre l'allaitement sur les 2 seins (on lui conseille la position du ballon de rugby qui vide bien le quadrant externe du sein), soulager la douleur avec de l'ibuprofène, la revoir dans 24 à 48h pour la mettre sous antibiotiques en cas d'échec.

c_ c'est une mastite infectieuse : il faut suspendre l'allaitement pendant le traitement antibiotique.

22/Finalement Mme X, guérie, souhaite arrêter l'allaitement, trop contraignant et trop difficile pour elle. Elle veut sevrer son bébé dès aujourd'hui, que lui prescrivez-vous ?

a_ de la bromocriptine : 1/2cp à J1, 1cp à J2 puis 2cp à J3.

b_ des AINS pour soulager la douleur liée à l'engorgement qui va être inévitable.

c_ rien, vous lui dites de diminuer les tétées une par une, une fois tous les 2 jours et de compléter avec des biberons de lait artificiel, la lactation va s'arrêter d'elle-même.

23/ Vous recevez en consultation un jeune couple inquiet. La femme a un utérus bicorne, son gynécologue lui a dit qu'une grossesse était possible mais qu'elle n'irait probablement pas jusqu'au terme. Mais elle veut savoir si elle pourra quand même allaiter son bébé. Que lui dites-vous ?

a_ C'est trop difficile d'allaiter un prématuré et les laits artificiels pour bébés prématurés sont aussi bon que le lait maternel.

b_ La glande mammaire est prête dès 16 SA, donc la lactation pourra se mettre en place avec un tire lait en attendant que bébé sache téter.

c_ Elle pourra tirer son lait mais comme il est plus difficile de téter un sein qu'un biberon, elle devra lui donner au biberon moins fatigant pour un préma.

24/Mme Z. est VHB+, elle est enceinte, suivie à l'hôpital pour sa grossesse et son hépatite virale. Elle souhaite allaiter son bébé. Que lui dites-vous ?

a_ L'hépatite B est une des rare contre-indication à l'allaitement.

b_ L'allaitement sera possible si et seulement si la charge virale est basse.

c_ Il n'y a pas de passage dans la lait, elle pourra allaiter dans tous les cas.

25/Au cours de la consultation pour son bébé (Agathe, 10 jours et allaitée), la maman vous demande ce qu'elle doit faire pour sa contraception, elle ne veut surtout pas risquer une nouvelle grossesse. Quel moyen de contraception lui proposez-vous ?

a_ C'est parfait elle allaite exclusivement sa fille et il y a encore une tétée nocturne. Tant que l'aménorrhée persiste et ce jusqu'à 6 mois, l'allaitement est un moyen de contraception efficace.

b_ Elle peut reprendre son ancienne contraception si elle la tolérait bien (elle était sous Trinordiol) à J21 du post-partum.

c_ Vous lui proposez une contraception par progestatif type Cerazette qui convient mieux pour l'allaitement à reprendre à J21 également.

26/ Connaissez-vous au moins un groupe de soutien ou un professionnel vers qui adresser une femme qui allaite si vous êtes dépassé ? OUI ou NON

Si oui, citez en un :

Annexe 2 : Questionnaire avec réponses

Questionnaire thèse médecine générale sur l'allaitement maternel.

1/Êtes-vous : un homme ou une femme

2/Avez-vous des enfants ? OUI ou NON.

Si oui, ont-ils été allaités ? OUI ou NON.

3/ Avez-vous assisté à la FMC sur l'allaitement maternel organisée par le SIREHN en janvier ?
OUI ou NON

4/L'OMS recommande un allaitement maternel exclusif jusqu'à : a_ 3mois

b_ 4 mois

c_ 6mois

L'OMS recommande un allaitement maternel exclusif, c'est-à-dire que l'enfant ne reçoit aucun rapport liquide ou solide (même de l'eau) en dehors du lait maternel jusqu'à 6 mois.

Il faut néanmoins préciser à la maman que le plus longtemps est certes le mieux, mais si elle décide d'arrêter son allaitement ou de faire un allaitement mixte, il n'y a pas lieu de culpabiliser.

Ca permet d'optimiser la protection contre les infections gastro intestinales, ORL et respiratoires ; le degré de protection dépend de la durée et de l'exclusivité de l'allaitement

5/Comment expliquez- vous le principe de l'allaitement maternel à la demande ?

a_ proposer le sein à chaque phase d'éveil calme.

b_ proposer le sein dès que bébé s'agite ou met les mains à la bouche.

c_ proposer le sein quand bébé pleure.

L'allaitement maternel à la demande consiste à proposer le sein à chaque phase d'éveil calme sans attendre les pleurs et sans se donner de durée minimale entre deux tétées.

Toutefois si le bébé présente des coliques ou un reflux important, on pourra espacer un petit peu les tétées afin de soulager ses symptômes.

6/A 2 mois, un bébé nourrit au sein tète en moyenne :
a_ 4 à 8 fois/jour
b_ 8 à 12 fois/jour
c_ 12 à 16 fois/jour

Les premiers mois le nourrisson tète 8 à 12 fois par jour, chaque tétée durant en général de 10 à 45 minutes.

7/Quel(s) est (sont) les critères d'efficacité d'un allaitement maternel ?

- a_ **au moins 6 couches mouillées d'urines par jour.**
- b_ au moins 3 selles par jour voir même une après chaque tétée.
- c_ un bébé qui s'endort repu au sein.

Un allaitement maternel est considéré comme étant efficace si : les tétées se déroulent avec une bonne déglutition, bouche ouverte, rythme ample et longues salves de succion + 8 à 12 tétées par jour dont 1 à 2 la nuit + urines claires et abondantes (au moins 6 couches par jour bien mouillées) + selles fréquentes et indolores jaunes d'or + poids de naissance retrouvé à J10.

8/ Un bébé allaité exclusivement fait en moyenne ses nuits :

- a_ vers 2 mois comme un bébé nourrit au biberon.
- b_ vers 4 mois.
- c_ **rarement avant 6 mois, il garde souvent 1 tétée dans la nuit.**

Pour maintenir une lactation suffisante et éviter une baisse de lait non souhaitée, il est préférable de garder 1 tétée la nuit jusqu'à l'âge de 6 mois. Cependant, il ne faut pas exiger à la maman de garder une tétée la nuit jusqu'à 6 mois, il faut composer entre les besoins de l'enfant et la fatigue maternelle.

9/Un bébé allaité doit avoir repris son poids de naissance : a_ à la sortie de la maternité.
b_ à J10
c_ à J20

Le nourrisson doit avoir retrouvé son poids de naissance au 10^{ème} jour de vie.

La sortie de la maternité ne se fait que si l'enfant a commencé à reprendre du poids ; la perte de poids peut atteindre 10% du poids de naissance.

10/ La prise de poids moyenne d'un bébé allaité est :
a_ de 70 à 140 g/semaine.
b_ de 140 à 210 g/semaine.
c_ au moins 210 g/semaine.

Les 3 premiers mois, le bébé allaité doit prendre 20 à 30g/jour soit 140 à 210g/semaine

11/ La maman de Louise, 5 semaines née à terme à 3,5kg et allaitée exclusivement au sein, vient vous voir ; elle est inquiète car sa fille a toujours la peau et les yeux jaunes. Que faites-vous ?

a_ vous lui prescrivez une prise de sang pour mesurer la bilirubinémie.

b_ vous l'adressez aux urgences car une hyperbilirubinémie prolongée peut entraîner les encéphalopathies.

c_ vous la rassurez, l'ictère au lait de mère peut durer jusqu'à 3 mois après la naissance.

L'ictère du nouveau-né est physiologique chez un bébé allaité si : il est apparu plus de 24h après la naissance, est maximum au 4^{ème} jour de vie puis régresse. Il peut persister de 2 à 15 semaines après la naissance. Et ceci TANT QUE LA PRISE DE POIDS EST BONNE.

12/ Hyppolite est né il y a 15 jours et est allaité exclusivement. Son examen montre une stagnation pondérale depuis la sortie de la maternité où il avait commencé à reprendre du poids. Sa maman vous dit que c'est parce qu'elle n'a pas assez de lait, elle le sait ! Que lui dites-vous ?

a_ Vous proposez un complément de lait artificiel, il est possible qu'elle n'ait pas assez de lait. L'insuffisance idiopathique de lait touche 5% des femmes qui souhaitent allaiter.

b_ Vous observez la tétée pour rechercher des signes de mauvaise prise de sein, lui donnez des conseils et lui proposez de la revoir dans 48h.

c_ vous recherchez un antécédent d'obésité dans l'adolescence qui aurait pu être responsable d'une hypoplasie de la glande mammaire.

La première cause de baisse de lait est une mauvaise prise du sein. Si l'enfant positionné, le sein n'est pas assez stimulé et la production de lait qui se fait par rétrocontrôle positif ne se fera pas.

Les rares causes d'insuffisance de lait primaire sont : hypoplasie mammaire (post-chirurgicale, obésité à l'adolescence) et hypogalactosémie.

13/ Jules 3 semaines, est amené par ses parents qui sont inquiets car depuis 24h il pleure beaucoup, surtout le soir et ne se calme qu'au sein .Son examen est normal, il grossit bien. Que dites-vous à ses parents ?

a_ Ce sont probablement les coliques du nourrisson, le lait maternel étant plus riche, la digestion est plus lente et est plus souvent douloureuse.

b_ Vous proposez de donner un biberon de lait artificiel le soir, ça le calmera.

c_ c'est normal, à 3 semaines de vie, il y a un pic de croissance ; il faut donner le sein à Jules aussi souvent qu'il le réclame.

Il y a 2 pics de croissance chez l'enfant allaité, à 3 et 6 semaines de vie. Au cours de ces périodes, le nombre de tétées augmente, surtout le soir, le bébé pouvant réclamer toutes les heures (il y a à cette même période une baisse du taux de prolactine sanguin, d'où l'importance de mettre le bébé au sein très régulièrement afin d'éviter une baisse de lait). Par ailleurs, le lait maternel se digère plus rapidement que le lait artificiel, les tétées reviennent donc plus souvent que la prise de biberons.

14/ Capucine, 4 mois part en vacances avec ses parents dans le sud de la France ; sa maman veut savoir si elle doit changer quelque chose avec son allaitement. Que lui conseillez-vous ?

a_ de proposer un biberon de lait entre deux tétées les jours de forte chaleur.

b_ de proposer régulièrement des biberons d'eau minérale à Capucine. Si elle a soif, elle va boire.

c_ de continuer l'allaitement maternel à la demande, ça suffit à combler les besoins du bébé.

Dans les climats tempérés, l'allaitement maternel suffit pour hydrater l'enfant. On peut augmenter la fréquence des tétées en cas de fortes chaleurs mais il n'est pas nécessaire de compléter avec de l'eau ou un autre liquide.

15/Mme X. va reprendre son travail et souhaite continuer à allaiter son bébé. Elle voudrait savoir comment conserver le lait :

a_ 12h au réfrigérateur, pas de freezer et 4 mois au congélateur.

b_ 24h au réfrigérateur, 2 semaines au freezer et 2 mois au congélateur.

c_ 48h au réfrigérateur, 2 semaines au freezer et 4 mois au congélateur.

Pour le lait venant d'être recueilli : conservation 4h à température ambiante, 4 jours au réfrigérateur, 2 semaines au freezer et 4 mois au congélateur.

Pour le lait décongelé : conservation 1h à température ambiante, 24h au réfrigérateur, ne pas recongeler.

16/ Agathe a 20 jours et est allaité exclusivement. Sa maman vous appelle car Agathe n'a pas eu de selle depuis 3 jours, elle voudrait savoir ce qu'elle doit faire. Que faites- vous ?

a_ **vous la rassurez, au sein le transit n'est pas régulier.**

b_ vous lui demandez de vous l'amener tout de suite pour la peser.

c_ vous lui dites de boire de l'Hépar, ça accélèrera le transit de sa fille et de venir consulte si elle n'a toujours pas de selle dans 48h.

Après 4 à 6 semaines de vie, dans le cadre d'un allaitement maternel exclusif, le transit peut être irrégulier (d'une selle après chaque tétée à 1 selle par semaine).

Tant que la prise de poids est bonne, que les couches sont bien mouillées et qu'il n'y a pas de douleur, il n'y a pas lieu de demander un avis spécialisé, ou de faire un bilan et encore moins de prescrire des laxatifs.

17/La maman du petit Hector, 5 mois qui tète 6 fois par jour, avec une pause de 8 heures la nuit vient vous voir désespérée car elle dit avoir de moins en moins de lait, mais elle souhaite continuer à allaiter son fils jusqu'à ses 9 mois. Que lui dites-vous ?

a_ de se détendre, de se reposer et de bien s'hydrater ça devrait aider.

b_ **de tirer son lait 1 ou 2 fois entre les tétées (au moins une fois la nuit), de faire du peau à peau avec son bébé et d'avoir confiance en elle. Il n'y a pas de raison que ça s'arrête.**

c_ vous lui prescrivez du motilium, c'est un galactogogue.

Après 5 mois d'un allaitement maternel exclusif qui se déroule bien, il n'y a aucune raison pour que la production lactée s'arrête spontanément.

Dans ce cas c'est l'intervalle de 8h durant la nuit entre deux tétées qui peut être responsable de cette baisse de lait. Il faut lui conseiller de tirer son lait une ou deux fois en plus dans la journée. En deuxième intention, on pourra lui proposer du motilium qui a comme effet secondaire d'augmenter la production lactée.

Les principales étiologies de baisse de lactation sont : tétées trop espacées, fatigue, stress, médicaments, tétine. Il faut également maintenir une bonne hydratation maternelle mais pas besoin d'hyperhydrater.

18/ Agathe 3 mois née à terme et en parfaite santé, allaitée exclusivement est amenée par sa maman car sa fille est constipée, elle n'a qu'une selle tous les 4 jours, molle, très abondante et indolore. Elle a pris 2,4 kg depuis la naissance. Que faites-vous ?

a_ Vous arrêtez l'allaitement pour mettre en place un « lait transit ».

b_ Vous dites à la maman de boire de l'Hépar, ça va accélérer le transit de son bébé.

c_ Vous prescrivez un laxatif léger à Agathe.

d_ **Vous ne faites rien et rassurez la maman, les selles sont dites rares à partir d'un mois.**

Cf question16

19/Mme X. a accouché il y a 7 jours, et est sortie de la maternité à J2 en HAD. Depuis sa sortie l'allaitement maternel est douloureux surtout sur le sein droit. L'examen retrouve une petite crevasse à la face interne du mamelon. Que faire ?

a_ **Vous l'encouragez à prendre une bonne position et à varier les positions.**

b_ Vous lui dites de tirer son lait du sein droit (elle peut continuer l'allaitement sur le sein gauche) en attendant que la crevasse soit guérie puis elle pourra reprendre.

c_ Vous prescrivez une pommade cicatrisante type lansinoh, mamilan.

Les crevasses sont dues à une mauvaise position du bébé au sein. La première chose à faire est d'observer la tétée et de corriger les éventuelles erreurs, on pourra proposer à la mère de varier les positions de prise de sein. Dans un deuxième temps on peut proposer une crème cicatrisante, mais qui ne sera efficace que si la position de prise de sein est bonne.

20/Mme Y. consulte avec son fils Gaspard, 3 mois qui tète 8 fois par jour dont une fois la nuit et grossit bien. Elle a les seins très gonflés et douloureux depuis 3 jours. L'examen retrouve un engorgement bilatéral. Que faites-vous ?

a_ Vous lui dites de restreindre ses quantités de boissons et de tirer son lait entre les tétées pour soulager les seins.

b_ **Vous augmentez la fréquence des tétées en commençant par le sein le plus douloureux.**

c_ Vous lui dites de tirer son lait et de le donner au biberon à Gaspard qui prend peut être mal le sein.

C'est le plus souvent dû à un canal galactophore bouché ; il faut augmenter la fréquence des tétées en commençant par le sein douloureux, CONTINUER l'allaitement. Si c'est insuffisant, prendre une douche chaude et faire des massages en appuyant sur le canal pour le déboucher .Si la tétée est trop douloureuse, elle peut suspendre la mise au sein et faire une expression manuelle de son lait qu'elle donnera au biberon. Par ailleurs, la restriction hydrique ne sert à rien.

21/ Vous revoyez Mme X. 4 jours plus tard. La crevasse est toujours là et son sein droit est maintenant rouge, gonflé et douloureux dans le quadrant supéro-externe. Elle a 38,5° de température.

a_ c'est une mastite inflammatoire : il faut suspendre l'allaitement sur le sein douloureux, tirer son lait et le jeter et poursuivre l'allaitement sur l'autre sein et soulager la douleur avec du paracétamol.

b_ **c'est une mastite inflammatoire : il faut poursuivre l'allaitement sur les 2 seins**

(on lui conseille la position du ballon de rugby qui vide bien le quadrant externe du sein), soulager la douleur avec de l'ibuprofène, la revoir dans 24 à 48h pour la mettre sous antibiotiques en cas d'échec.

c_ c'est une mastite infectieuse : il faut suspendre l'allaitement pendant le traitement antibiotique.

Il s'agit d'une mastite inflammatoire ou lymphangite ; les principales causes sont : vêtements trop serrés, traumatisme des seins, mauvais traitement d'un engorgement.

Le traitement repose sur : repos, antalgie par Aspirine + paracétamol ET vidange du sein. En l'absence d'amélioration on introduira des antibiotiques anti-staphylococcique (rovamycine ou augmentin), extraction du lait et POURSUITE DE L'ALLAITEMENT

(Aspirine a moins d'effet nephro toxique que les AINS et est tout aussi efficace à bonne dose soit 1g x 3/j)

22/Finalement Mme X, guérie, souhaite arrêter l'allaitement, trop contraignant et trop difficile pour elle. Elle veut sevrer son bébé dès aujourd'hui, que lui prescrivez-vous ?

a_ de la bromocriptine : 1/2cp à J1, 1cp à J2 puis 2cp à J3.

b_ des AINS pour soulager la douleur liée à l'engorgement qui va être inévitable.

c_ rien, vous lui dites de diminuer les tétées une par une, une fois tous les 2 jours et de compléter avec des biberons de lait artificiel, la lactation va s'arrêter d'elle-même.

La bromocriptine n'est prescrite que dans les suites immédiates de l'accouchement pour bloquer la montée de lait. Après un allaitement installé, le sevrage doit se faire progressivement, en suspendant les tétées une par une. En cas de douleur on peut donner des AINS.

23/ Vous recevez en consultation un jeune couple inquiet. La femme a un utérus bicorne, son gynécologue lui a dit qu'une grossesse était possible mais qu'elle n'irait probablement pas jusqu'au terme. Mais elle veut savoir si elle pourra quand même allaiter son bébé. Que lui dites-vous ?

a_ C'est trop difficile d'allaiter un prématuré et les laits artificiels pour bébés prématurés sont aussi bon que le lait maternel.

b_ La glande mammaire est prête dès 16 SA, donc la lactation pourra se mettre en place avec un tire lait en attendant que bébé sache téter.

c_ Elle pourra tirer son lait mais comme il est plus difficile de téter un sein qu'un biberon, elle devra lui donner au biberon moins fatigant pour un préma.

La glande mammaire est mature dès 16 SA. Pour optimiser la mise en route de la lactation, il faut favoriser les contacts mère/enfant, faire du peau à peau, optimiser le recueil avec un tire lait électrique double et ne pas proposer de tétine au nouveau-né.

24/Mme Z. est VHB+, elle est enceinte, suivie à l'hôpital pour sa grossesse et son hépatite virale. Elle souhaite allaiter son bébé. Que lui dites-vous ?

a_ L'hépatite B est une des rare contre-indication à l'allaitement.

b_ L'allaitement sera possible si et seulement si la charge virale est basse.

c_ Il n'y a pas de passage dans la lait, elle pourra allaiter dans tous les cas.

Les rares contre-indications d'origine maternelle sont : mère VIH +, traitement antituberculeux ou chimiothérapie en cours. La seule contre-indication d'origine infantile est la galactosémie.

25/Au cours de la consultation pour son bébé (Agathe, 10 jours et allaitée), la maman vous demande ce qu'elle doit faire pour sa contraception, elle ne veut surtout pas risquer une nouvelle grossesse. Quel moyen de contraception lui proposez-vous ?

a_ C'est parfait elle allaite exclusivement sa fille et il y a encore une tétée nocturne. Tant que l'aménorrhée persiste et ce jusqu'à 6 mois, l'allaitement est un moyen de contraception efficace.

b_ Elle peut reprendre son ancienne contraception si elle la tolérait bien (elle était sous Trinordiol) à J21 du post-partum.

c_ Vous lui proposez une contraception par progestatif type Cerazette qui convient mieux pour l'allaitement à reprendre à J21 également.

L'OMS reconnaît comme moyen de contraception en suite de couche : la MAMA (méthode de l'allaitement maternel et aménorrhée) si AM exclusif jour et nuit + aménorrhée + moins de 6h entre 2 tétées.

26/ Connaissez-vous au moins un groupe de soutien ou un professionnel vers qui adresser une femme qui allaite si vous êtes dépassé ? OUI ou NON

Si oui, citez en un :

SOS allaitement, Puéricultrices en PMI (on conseille pour les bébés allaités de faire peser une fois par semaine l'enfant en PMI, ce qui permet d'avoir un contact pour les soucis divers de puériculture), Médecins de PMI, Consultantes en Lactation, Pédiatre

Pour ceux exerçant dans l'agglomération rouennaise :

-associations de soutien des mères (exemple : Allaitement simplement pour Dieppe et Pays-de-Bray, La voix lactée pour Evreux, Solidarilait pour le Havre, SOS allaitement 76 pour Rouen).

-consultations d'allaitement (ex : Hôpital Flaubert au Havre, Hôpital de Lillebonne, CH du Belvédère à Mont-Saint-Aignan)

-formation et documentation (ex : CFDAM)

Allaitement maternel en Haute-Normandie :

Contacts

Associations de soutien entre mères Permanences téléphoniques et rencontres

- 1 Allaiter Simplement - région de Dieppe et Pays de Bray : 06 26 56 67 62 et 02 35 40 26 94 - Rencontres : Dieppe et Neufchâtel en Bray
- 2 Andelle Allaitement - région de Louviers : 06 03 66 76 05 - Rencontres : Fleury sur Andelle, Louviers, Pont de Larche, Pont Saint Pierre
- 3 Bernay Allaitement - région de Bernay : 06 76 21 93 93 - Rencontres : Bernay (Cabinet de sages-femmes libérales et Maternité)
- 4 La Leche League - région d'Évreux-Vernon : 02 32 24 33 01 - Rencontres : Jouy sur Eure
- 5 La Voix Lactée - région d'Évreux : 02 32 37 65 36 - Rencontres : Angerville la Campagne
- 6 Maternité Lait - région du Havre : 02 35 20 09 65 - Rencontres : St Romain de Colbosc
- 7 Naître et Grandir - région de Vernon : 06 77 00 57 95 - Rencontres : Vernon (RAM* et Centre Social Les Péritents)
- 8 Pause Tétée, Pause Café - région de Conches : 06 06 62 62 85 - Rencontres : Conches en Ouche
- 9 Solidariteit - région du Havre : 02 35 21 48 55 - Rencontres : Le Havre (Maternité Hospital Flaubert et Maison des Familles)
- 10 SOS Allaitement 76 - région de Rouen, Fécamp et Doudeville : 02 35 75 42 42 - Rencontres : Maternités CH du Belvédère, Clinique Mathilde et CH de Fécamp, Maison St Sever, Cantelou et CMS** de Doudeville
- 11 Vexin Allaitement - région de Gisors : 06 82 99 92 08 - Rencontres : Gisors (RAM* - CMS**)
- 12 Allaitement N'Goux - région de Cergy-Barville : Pos de téléphone - Rencontres : Lillebonne (Maternité)

Consultations d'allaitement Préparation à l'allaitement et Consultations de suivi

- Fécamp : Sage-femme libérale
02 35 10 62 58
- Le Havre : Hôpital Flaubert
02 32 73 37 95 (sage-femme)
02 32 73 36 20 (puéricultrice et pédiatre DIU Lactation humaine)
- Maison des Familles : 02 35 43 41 49
Consultante libérale : 02 35 20 09 65
- Lillebonne : Hôpital-Clinique
02 35 39 35 74 (médecin consultante en lactation)
- Rouen : CH du Belvédère
02 35 15 63 51 (pédiatres DIU Lactation Humaine)
- soutien.allaitement@ch-belvedere.fr
CHU de Rouen 02 32 88 82 44 (puéricultrices)

Formation et documentation

CRUAM Informations médicales, documentation et formations
efdem@wanadoo.fr 06 30 40 44 43
 * 87-144) Réseau de Péritenté
 régional 02 32 98 01 24
<http://www.rezeaux-perinet-hn.org>

Rubrique pour les parents - Conseils aux parents à la naissance et après
 «Alimentation de l'enfant»
 Rubrique pour les professionnels - Livres
 utiles et documents utiles

Vous pouvez également contacter les Maternités, les CMS* de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) des départements 27 et 76, et les Services Petite Enfance des communes

réalisé par le groupe « Allaitement maternel » du Réseau Périnatale en Région Haute-Normandie - version mai 2009 - Avec la participation de la Mutualité Française

Annexe 4 : Hôpital Ami des bébés

- 1 Disposer d'une politique écrite sur l'allaitement maternel qui est examinée régulièrement avec le personnel de soins de santé.
- 1 Dispenser à tout le personnel une formation pour l'application de cette politique.
- 2 Fournir à toutes les femmes enceintes des renseignements sur les avantages et la prise en charge de l'allaitement.
- 3 Aider les mères à commencer l'allaitement dans la demi-heure qui suit l'accouchement.
- 4 Montrer aux mères comment allaiter et comment conserver une réserve de lait, même quand elles ne sont pas avec leur bébé.
- 5 Ne pas donner aux bébés naissants de la nourriture ou un breuvage autres que le lait maternel, sauf si ceci est nécessaire pour des raisons médicales.
- 6 Laisser les mères et les bébés ensemble 24 heures sur 24 (cohabitation).
- 7 Encourager l'allaitement maternel lorsque la mère le demande.
- 8 Ne pas donner de tétines aux bébés qui sont allaités.
- 10 Contribuer à la création de groupes de soutien consacrés à l'allaitement maternel et aider les mères à y avoir accès lorsqu'elles sortent de l'hôpital ou de la clinique.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- ANAES, Service recommandations et références professionnelles. Allaitement maternel, Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. (mai 2002)
- 2- Collet M., Vilain A. Les certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour (CS8), validités 2006-2007. DREES, n°12, (juin 2010)
- 3- Vilain A., De Peretti C., Herbet J.B. Enquête nationale périnatale 2003, complément de cadrage : disparités sociales et apports d'autres sources. (2005), DREES.
- 4- Thirion M.. L'allaitement, de la naissance au sevrage. Ed Albin Michel (2004)
- 5- Bocquet M., Bresson J-L., Briend A. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Arch de Pédiatrie,2005,10,006
- 6- Picaud J.C. Allaitement maternel et lait maternel : quels bénéfices pour la santé de l'enfant. Nutrition clinique et métabolique, 2008,22 ; p71-74
- 7- Mazurier E. et Christol M. Allaitement maternel : précis de pratique clinique. Ed Sauramps medicat, Mai 2010
- 8- Oddy W.H , De Klerk N.H, Sly P.D , Holt P.G. The effects of respiratory infections, atopy, and breastfeeding on childhood asthma. Eur Respir J, 2002; 19; 899-905.
- 9- Kalies H., Heinrich J., Borte M., Schaaf B.. The effect of breastfeeding on weight gain in infants: results of a birth cohort study. Eur J Med Res, 2005; 10; 36-42.
- 10- Harder T., Bergmann R., Kallischnigg G. and Plagemann A.. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. American Journal of Epidemiology, 2005; Vol 162, N°5
- 11- Anderson JW, Johnstone BM, Renley DT. Breastfeeding and cognitive development: a meta-analysis. Am J Clin Nutr 1999 ; 70 : 525-35
- 12- Davis MK., MD, MPH, Breastfeeding and chronic disease in childhood and adolescence. Ped Clinics of North America; 2001, Vol 48; N°1; p:125-141
- 13- Labbok M.H. , MD, MPH, IBCLC. Effects of breastfeeding on the mother. Ped Clinics of North America, 2001; Vol 48; N°1, p: 143-158
- 14- Riordan J.M., EdD, RN, FAAN. The cost of not breastfeeding: a commentary. J Hum Lact, 1997; Vol 13; 2; p:93-97
- 15- Ball T.M. ,MD, MPH and Wright A.L. Health care costs of Formula Feeding in the first year of life. Pediatrics, 1999, Vol 103, N°4, p:870-876
- 16- Ball T.M., MPH and Bennett D.M.. The economic impact of breastfeeding. Pediatrics, 2001, Vol 48, N°1, p:253-262.
- 17- De Onis M., Garza C. and Habicht J-P.. Time for a new growth reference. Pediatrics, 1997; Vol 10, N°5, p:343-347.
- 18- Kramer M.S., Guo T., Platt R.W. Breastfeeding and infant growth: Biology or Bias? Pediatrics, 2002, Vol 110, N°2
- 19- Bruguères D. La prise de poids des bébés allaité : nouvelles données de l'OMS et données françaises. Allaiter Aujourd'hui, 71, LLL France.
- 20- Mouterde O. : A propos de la constipation au lait maternel. Arch de Ped 1999, Vol 6, p :229.

- 21- Scott J-A. , Binns C.W, Oddy W.H. and Graham K.I. Predictors factors of breastfeeding: evidence from a cohort study. *Pediatrics*, 2006; Vol 117, N°4; p:646-655.
- 22- Fanello S., Moreau-Gout I., Cotinat J.P., Descamps P.. Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né : une enquête auprès de 308 femmes. *Arch de Pédiatrie*, 2003 ; 10 ; p :19-24.
- 23- Noirhomme-Renard F., Noirhomme Q.. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2009 ; 22 ; p :112-120.
- 24- Branger B., Cebron M., Picherot G., De Cornulier M.. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel. *Arch de Pédiatrie*, 1998 ; 5 ; p : 489-496.
- 25- Henderson JJ, Evans SF, Straton JA, Priest SR, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth* 2003 ; 30 :175-180
- 26- Labarère J, Dalla-Lana C, Schelstraete C, Rivier A, Callec M, Polverelli JF, et al. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry. *Arch Pediatr* 2001 ;8 :807-815
- 27- Ego A., Dubos J.P, Djavadzadeh-Amini M.. Les arrêts prématurés d'allaitement maternel. *Arch de Pédiatrie*, 2003 ; 10 ; p :11-18.
- 28- Peters E., Wehkamp K-H, Felberbaum R.E, Kruger D., Linder R.. Breastfeeding duration is determined by only a few factors. *European Journal of Public Health*, 2005, Vol 16, N° 2, p:162-167.
- 29- Merten S., Dravta J., Ackermann-Liebrich L., Do baby friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics*, 2005; 116; p:702-708.
- 30- Raihlet F. Alcool et allaitement, *Allaiter Aujourd'hui n°64*, LLL France, 2005
- 31- Tabac et alcool : *Allaiter Aujourd'hui n°56*, LLL France, 2003
- 32- Pour un allaitement réussi. *Physiologie de la lactation et soutien aux mères*. Royal college of Midwives.M.N. Babel-Remy et N. Bogossoglou. Masson, Paris, 1998. 89pages
- 33- Gremmot-Féger G.. Allaitement maternel: l'insuffisance de lait un mythe culturellement construit. LLL France.
- 34- De la Rocque F., Lecuyer A., Bellaich M., Elbez A., Salignier C . *Med&Enfance*. Questions de sevrage : enquête auprès des pédiatres de ville. Avril 2008, p :166-70
- 35- Gremmo-Féger G., Dobrzynski M., Collet M.. Allaitement maternel et médicaments. *J. Gynecol Obstet Biol reprod*, 2003 ; 32 ; p :466-475
- 36- Assurance Maladie. <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situationpersonnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/vous-etes-enceinte-de-0-a-6-mois/le-congematernite>.
- 37- Code du travail. 2008
- 38- Martin C., Allaitement maternel et reprise du travail : le point de vue des femmes. 72p. *Mémoire de sage-femme* : Paris, 2010.
- 39- Schelstraete C.. *Travailler et Allaiter aujourd'hui, pourquoi pas ?* *Medecine et Enfance*, 2006, p :565-567.

- 40- Royal College of midwives. Pour un allaitement réussi, physiologie de la lactation et soutien aux mères. Ed Masson, Paris ; 2003 : 99pages
- 41- Gremmo-Freger G. L'allaitement de l'enfant prématuré. Allaiter Aujourd'hui, 2003. Institut Co Naitre.
- 42- Guide d'élaboration de questionnaire d'évaluation des connaissances. Structure universitaire de Pédagogie, Université Paul Sabatier, Toulouse 3 ; février 2006
- 43- TICE et QCM. Les dossiers thématiques du projet GRECO – Grenoble Campus ouvert – Janv 2004 - <http://greco.grenet.fr>
- 44- Berrewaerts J.. Méthodologie de l'observation, www.reso.ucl.ac.be/cours/.../transparents%201101%20A-3.pdf
- 45- Bourguignon Ep. Mandonnet, Lelong et Mauvoisin. L'allaitement maternel en basse Normandie : étude des déterminants auprès d'une population féminine et d'une population masculine. Etude de la promotion par les associations et les maternités. Propositions d'actions. Thèse pour le diplôme de Médecine Générale, 2005 ; Caen.
- 46- L. Mariau Dinot. 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 pour le diplôme de Médecine Générale, 2009 ; Nantes.
- 47- Le Flochmoan C. Idées fausses sur l'allaitement. Médecine et Enfance, Novembre 2000.
- 48- Gelbert N., Ayral A.S, Schelstraete C., Berchoteau M., Labarère J.. Efficacité d'une consultation spécialisée dans les quinze jours de post partum sur la durée de l'allaitement maternel. Médecine et Enfance, Decembre 2006.
- 49- Alcaydé S., Ictères du nouveau-né., Hôpital Paule de Viguier, FMC Octobre 2008
- 50- UPL Retour de maternité, Département de médecine générale de Rouen, 2009.
- 51- Jouquan J., Evaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale, Pédagogie médicale, Vol 3, N° 1, Février 2002.
- 52- Czernichow P., Lerebours B., Lerebours E., Pellerin M.A. Comportements et opinions du personnel soignant à l'égard de l'allaitement maternel.. Arch Fr Pédiatrie, 1986, 43, 779-784
- 53- Elsie M. Taveras, Ruowei L., Grummer-Strawn L.& co. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding ? Pediatrics, 2004; 113. E283.
- 54- Scott JA., Binns C.W, Oddy W.H, Graham K.I. Predictors of breastfeeding duration : evidence from a cohort study., Pediatrics, Vol 117, N°4, April 2006,646-655
- 55- Turck D.. Plan d'action: Allaitement maternel, Juin 2010, Rapport dans le cadre du PNNS
- 56- Acroute-Vial F.. Connaissances, compétences et formation des internes de Médecine Générale à Nice concernant l'allaitement maternel. Thèse pour le diplôme de Médecine générale, Nice 2009.
- 57- Gabilly F. Prise en charge des mères allaitantes. Thèse de médecine générale, Lyon, 2001.

- 58- Stanek krogstrand K., PhD, RD, Parr K., MS, RD. Physicians ask for more problem solving information to promote and support breastfeeding. Journal of the American Dietetic Association, 2005
- 59- Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel, 1er Août 1990, Florence.
- 60- Organisation des nations unies (ONU), Convention internationale des droits de l'enfant. 20 novembre 1989.
- 61- PNNS Allaitement, 2006, www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/allaitement.pdf

Résumé

L'allaitement maternel est le mode d'alimentation le plus adapté pour les nouveau-nés ; l'OMS recommande de poursuivre l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois. Malgré cela les taux d'allaitement en France restent très inférieurs à ceux des autres pays développés. Les médecins généralistes sont souvent le premier interlocuteur des femmes en cas de problème rencontré au cours de leur allaitement. Nous nous sommes interrogés sur le niveau des connaissances des futurs médecins généralistes concernant l'allaitement maternel.

Pour cela nous avons réalisé une étude transversale prospective afin de faire un état des lieux des connaissances des internes en Médecine Générale de Rouen à la fin de leur DES. Un questionnaire comportant des questions théoriques et des cas cliniques leur a été distribué au cours de leur 6^{ème} semestre de DES.

Les résultats de notre étude montrent que les connaissances sur le principe même de l'allaitement maternel à la demande et ses méthodes d'évaluation sont insuffisantes. De même, en cas de difficultés au cours de l'allaitement, les étudiants ne savent souvent pas donner une réponse adaptée aux mères et à peine un tiers d'entre eux savent vers qui les orienter lorsqu'ils se sentent dépassé par le sujet. Sur l'ensemble des 52 internes interrogés, le taux moyen de bonnes réponses est de 56%. Nous avons observé une différence significative entre les différents sous-groupes ; c'est-à-dire en fonction du sexe ($p=0,003$), de la parentalité ($p=0,02$) et de la participation à une soirée de formation médicale complémentaire proposée par le syndicat des internes. Mais c'est pour ce dernier sous-groupe que le nombre moyen de bonnes réponses est significativement beaucoup plus important ($p=2,3 \cdot 10^{-9}$).

En conclusion, cette étude montre que les connaissances des internes en Médecine Générale sont insuffisantes mais que la participation à un enseignement spécifique sur l'allaitement permet d'améliorer nettement ces connaissances. Il serait donc intéressant de mettre en place un enseignement dédié spécifiquement à l'allaitement maternel au cours de la formation médicale universitaire organisée par les départements de Médecine Générale. Ce thème pourrait également être abordé au cours des stages réalisés dans les services de pédiatrie ou en maternité.

Mots-clés :

Allaitement maternel, médecine générale, internes, formation médicale initiale