



HAL
open science

Exploration des connaissances des femmes nullipares en matière d'allaitement maternel

Camille Magnan

► **To cite this version:**

Camille Magnan. Exploration des connaissances des femmes nullipares en matière d'allaitement maternel. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03635124

HAL Id: dumas-03635124

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03635124v1>

Submitted on 8 Apr 2022

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Exploration des connaissances des femmes nullipares
en matière d'allaitement maternel**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 7 Avril 2022

Par Madame Camille MAGNAN

Née le 16 juin 1993 à Marseille 08^{ème} (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BRETTELLE Florence

Président

Madame le Docteur CHASTEL Mélanie

Assesseur

Monsieur le Docteur MIMARI Riad

Assesseur

Monsieur le Docteur RECORBET Guy

Directeur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Exploration des connaissances des femmes nullipares
en matière d'allaitement maternel**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 7 Avril 2022

Par Madame Camille MAGNAN

Née le 16 juin 1993 à Marseille 08^{ème} (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BRETTELLE Florence

Président

Madame le Docteur CHASTEL Mélanie

Assesseur

Monsieur le Docteur MIMARI Riad

Assesseur

Monsieur le Docteur RECORBET Guy

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
Assesseurs :		
➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur : **Pr. Jean-Michel VITON**

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

<p>MM AGOSTINI Serge ALDIGHERI René ALESSANDRINI Pierre ALLIEZ Bernard AQUARON Robert ARGEME Maxime ASSADOURIAN Robert AUFFRAY Jean-Pierre AUTILLO-TOUATI Amapola AZORIN Jean-Michel BAILLE Yves BARDOT Jacques BARDOT André BERARD Pierre BERGOIN Maurice BERLAND Yvon BERNARD Dominique BERNARD Jean-Louis BERNARD Jean-Paul BERNARD Pierre-Marie BERTRAND Edmond BISSET Jean-Pierre BLANC Bernard BLANC Jean-Louis BOLLINI Gérard BONGRAND Pierre BONNEAU Henri BONNOIT Jean BORY Michel BOTTA Alain BOTTA-FRIDLUND Danielle BOUBLI Léon BOURGEADE Augustin BOUVENOT Gilles BOUYALA Jean-Marie BREMOND Georges BRICOT René BRUNET Christian BUREAU Henri CAMBOULIVES Jean CANNONI Maurice CARTOUZOU Guy CAU Pierre CHABOT Jean-Michel CHAMLIAN Albert CHARPIN Denis CHARREL Michel CHAUVEL Patrick CHOUX Maurice CIANFARANI François CLAVERIE Jean-Michel CLEMENT Robert COMBALBERT André CONTE-DEVOLX Bernard CORRIOL Jacques COULANGE Christian CURVALE Georges DALMAS Henri DE MICO Philippe</p>	<p>MM DELPERO Jean-Robert DESSEIN Alain DELARQUE Alain DEVIN Robert DEVRED Philippe DJIANE Pierre DONNET Vincent DUCASSOU Jacques DUFOUR Michel DUMON Henri ENJALBERT Alain FAUGERE Gérard FAVRE Roger FIECHI Marius FARNARIER Georges FIGARELLA Jacques FONTES Michel FRANCES Yves FRANCOIS Georges FUENTES Pierre GABRIEL Bernard GALINIER Louis GALLAIS Hervé GAMERRE Marc GARCIN Michel GARNIER Jean-Marc GAUTHIER André GERARD Raymond GEROLAMI-SANTANDREA André GIUDICELLI Sébastien GOUDARD Alain GOUIN François GRILLO Jean-Marie GRIMAUD Jean-Charles GRISOLI François GROULIER Pierre GUYS Jean-Michel HADIDA/SAYAG Jacqueline HASSOUN Jacques HEIM Marc HOUEL Jean HUGUET Jean-François JAQUET Philippe JAMMES Yves JOUVE Paulette JUHAN Claude JUIN Pierre KAPHAN Gérard KASBARIAN Michel KLEISBAUER Jean-Pierre LACHARD Jean LAFFARGUE Pierre LAUGIER René LE TREUT Yves LEGRE Régis LEVY Samuel LOUCHET Edmond LOUIS René LUCIANI Jean-Marie</p>
--	--

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	MAGALON Guy	MM	TAMALET Jacques
	MAGNAN Jacques		TARANGER-CHARPIN Colette
	MALLAN- MANCINI Josette		THIRION Xavier
	MALMEJAC Claude		THOMASSIN Jean-Marc
	MARANINCHI Dominique		UNAL Daniel
	MARTIN Claude		VAGUE Philippe
	MATTEI Jean François		VAGUE/JUHAN Irène
	MERCIER Claude		VANUXEM Paul
	MICHOTEY Georges		VERVLOET Daniel
	MIRANDA François		VIALETTES Bernard
	MONFORT Gérard		WEILLER Pierre-Jean
	MONGES André		
	MONGIN Maurice		
	MUNDLER Olivier		
	NAZARIAN Serge		
	NICOLI René		
	NOIRCLERC Michel		
	OLMER Michel		
	OREHEK Jean		
	PAPY Jean-Jacques		
	PAULIN Raymond		
	PELOUX Yves		
	PENAUD Antony		
	PENE Pierre		
	PIANA Lucien		
	PICAUD Robert		
	PIGNOL Fernand		
	POGGI Louis		
	POITOUT Dominique		
	PONCET Michel		
	POUGET Jean		
	PRIVAT Yvan		
	QUILICHINI Francis		
	RANQUE Jacques		
	RANQUE Philippe		
	RAOULT Didier		
	RICHAUD Christian		
	RIDINGS Bernard		
	ROCHAT Hervé		
	ROHNER Jean-Jacques		
	ROUX Hubert		
	ROUX Michel		
	RUFO Marcel		
	SAHEL José		
	SALAMON Georges		
	SALDUCCI Jacques		
	SAMBUC Roland		
	SAN MARCO Jean-Louis		
	SANKALE Marc		
	SARACCO Jacques		
	SARLES Jacques		
	SARLES - PHILIP Nicole		
	SASTRE Bernard		
	SCHIANO Alain		
	SCOTTO Jean-Claude		
	SEBAHOUN Gérard		
	SEITZ Jean-François		
	SERMENT Gérard		
	SOULAYROL René		

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHIARONI Jacques
<i>ALBANESE Jacques Surnombre</i>	CHINOT Olivier
ALIMI Yves	CHOSSEGROS Cyrille
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre
BERTUCCI François	FABRE Alexandre
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane
BREGEON Fabienne	GABERT Jean
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad
BRUNET Philippe	GAUDART Jean
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe
	GREILLIER Laurent

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	<i>GUYIS Jean-Michel Retraite le 24/09/2021</i>
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	<i>PANUEL Michel Surnombre</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	VALERO René
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	VAROQUAUX Arthur Damien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VELLY Lionel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VEY Norbert
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VIDAL Vincent
PESENTI Sébastien	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PETIT Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PHAM Thao	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
PIQUET Philippe	SIELEZNEFF Igor	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIRRO Nicolas	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
POINSO François	STEIN Andréas	XERRI Luc
RACCAH Denis	SUISSA Laurent	ZIELEZKIEWICZ Laurent
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
REGIS Jean	THOMAS Pascal	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THUNY Franck	
REYNAUD Rachel	TOSELLO Barthélémy	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
RICHIERI Raphaëlle	<i>TRIGLIA Jean-Michel Surnombre</i>	
ROCHE Pierre-Hugues	TROPIANO Patrick	
ROCH Antoine	TSIMARATOS Michel	
ROCHWERGER Richard	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

DUTAU Hervé

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GELSI/BOYER Véronique	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO Bernard	ROMANET Pauline
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SABATIER Renaud
BEGE Thierry	GONZALEZ Jean-Michel	SARI-MINODIER Irène
BENYAMINE Audrey	GOURIET Frédérique	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GRAILLON Thomas	SECQ Véronique
BONINI Francesca	GUERIN Carole	SOLER Raphael
BOUCRAUT Joseph	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUSSEN Salah Michel	HAUTIER Aurélie	TOGA Isabelle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CAMILLERI Serge	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
CARRON Romain	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Hélène
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LAMBERT Isabelle	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	LENOIR Marien	
DEHARO Pierre	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DELLIAUX Stéphane	LOOSVELD Marie	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DEVILLIER Raynier	MARLINGE Marion	
DUBOURG Grégory	MAUES DE PAULA André	
DUCONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	MEGE Diane	
ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	RADULESCO Thomas	
GASTALDI Marguerite	RESSEGUIER Noémie	
GAUDRY Marine	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE
MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

BARGIER Jacques
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALIERS PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES
UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH) *Surnombre*
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021
 FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)
SOLER Raphael (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENERELOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

IMMUNOLOGIE 4703I

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

(MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

(nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
BARLOGIS Vincent (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
FABRE Alexandre (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TOSELLO Barthélémy (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)
LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)
RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE,
PSYCHOLOGIE SOCIALE**

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

DUTAU Hervé (Pr Associé des universités à 1/2 temps)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH) surnombre
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE;
ADDICTOLOGIE 4804**

AMBROSI Pierre (PU-PH)
DAUMAS Aurélie (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

A Madame le Professeur Bretelle, merci d'avoir accepté de bien vouloir présider mon jury de thèse, vous m'avez fait cet honneur sans jamais m'avoir rencontrée, je vous en suis profondément reconnaissante.

A Monsieur le Docteur Guy Recorbet, merci d'avoir suivi tout ce travail depuis ses balbutiements, merci pour votre enthousiasme, votre motivation et vos corrections qui m'ont permis de faire de cette thèse ce qu'elle est aujourd'hui.

A Madame le Docteur Mélanie Chastel, je suis ravie de pouvoir te compter parmi les membres de mon jury. Merci d'avoir accepté de juger mon travail, et d'être présente aujourd'hui. Je te suis reconnaissante de m'avoir acceptée dans ton cabinet, de m'avoir montré ta pratique et ta prise en charge des spécificités de la femme. C'est toujours un plaisir de travailler avec toi, et je suis contente de le prolonger cet été.

A Monsieur le Docteur Riad Mimari, merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury de thèse. Je tenais à vous remercier des six mois de stage à vos côtés, où j'ai pu apprendre la pratique de la gynécologie. J'ai admiré l'humanité dont vous faites preuve à l'égard de vos patients. Merci de m'avoir laissé distribuer mon questionnaire à vos patientes, cette thèse n'aurait pas pu voir le jour sans votre soutien.

A l'équipe de Thésaurus, Mathilde et Martin, merci infiniment de m'avoir sortie de l'obscurité des bio statistiques. Cette thèse n'aurait jamais pu voir le jour sans vous. Merci pour votre disponibilité et votre réactivité.

Aux médecins qui m'ont accompagnée,

Au Docteur Bertrand Carles, tu as été le premier à me faire découvrir la médecine générale. Tu m'as appris le respect et la bienveillance envers les patients, apprendre à tes côtés a été une chance. J'espère arriver à appliquer avec mes patients les valeurs que tu m'as transmises afin d'être un médecin aussi altruiste que toi.

Au Docteur Jean-Marc Lellouche, merci de m'avoir acceptée dans tes pattes en début d'internat pour me montrer ta pratique de la médecine, ta bonne humeur est communicative.

Aux Docteurs Catherine Brue-Fabre et Marie-Josée Pascalet Guidon, merci de votre accueil au sein de votre cabinet de pédiatrie. Les 7 mois à vos côtés ont été riches en apprentissages et en partage. Merci pour la transmission de vos savoirs, les repas partagés (à Marseille et en Corse).

Aux Docteurs Corinne Coja, Faustine Musarella et Nhan Nguyen, les trois drôles de dames de l'UHSI. Avec vous les détenus n'ont qu'à bien se tenir ! Merci pour toute votre bienveillance tout au long des 5 mois de stage, d'avoir pris soin de moi dans les débuts de ma grossesse. Merci pour les thés/café du matin, les bons (non) repas de l'APHM en temps de COVID, les rires partagés. J'ai beaucoup appris à vos côtés et ça a toujours été un plaisir de venir en stage avec vous.

Au Docteur Camille De Lapeyrière, merci pour ce que tu m'apprends au quotidien, merci de me pousser à me dépasser, de me rassurer, de prendre soin de moi, merci pour les dizaines de dosettes de café et pour les rétroactions jusqu'à 22h où tu réponds à toutes mes questions et plus encore... Grâce à toi, j'ai enfin confiance en ma capacité d'être un bon médecin. Tes qualités humaines, professionnelles, de compagnonnage sont inestimables.

Au Docteur Michèle Bérenger, merci d'être toujours disponible et à l'écoute de mes interrogations. Vos conseils avisés quant à la prise en charge des patients me permettent de m'améliorer au quotidien. Merci de m'initier à la gestion d'un cabinet au travers de mon stage.

Aux équipes

Aux secrétaires Fatima, Sophie et Nathalie : la bienveillance, l'efficacité sans borne et l'écoute dont vous faites preuve tant auprès des patients que des médecins rendent le quotidien bien plus agréable. Merci pour votre travail indispensable à notre profession.

A Laurent, le psychologue de l'UHSI. Merci pour tout ce que tu m'as transmis au cours des 5 mois à l'USHI. Merci pour ta gentillesse et ton dévouement sans égal. C'est avec une profonde tristesse et le cœur serré que je t'écris ces mots. Le monde a perdu un être exceptionnel.

Aux infirmières et aides-soignantes, merci de faire le lien entre les patients et nous, merci de prendre soin d'eux, merci de tout ce que vous avez pu m'apprendre au cours de mes différents stages à l'hôpital et en libéral. Recevez toute mon estime.

A toute l'équipe de GSI, merci de ce travail main dans la main au quotidien dans l'intérêt des patients. Je suis heureuse de poursuivre l'aventure quelques mois de plus à vos côtés.

A ma famille

A Philippe, toi qui fais partie de ma vie depuis si longtemps maintenant, toi qui as supporté toutes ces années d'études de médecine, toi qui as toujours été présent, qui m'a remotivée quand je perdais le cap, toi mon roc. Tu les as vécues autant que moi ces études, merci d'avoir toujours été à mes côtés. Merci d'être mon amoureux, mon meilleur ami, le père de ma fille. Comme le dit si bien le poète, « *Après 11 ans d'un beau voyage où je me rappelle chaque seconde, après 11 ans qui ont vu naître les deux plus beaux yeux du monde, c'est toi qui as trouvé le plus beau thème de notre histoire, parce que c'est toi, parce que t'es là, je n'ai plus peur du dimanche soir* ». Je t'aime.

A Lucie, ma douce petite. Grâce à toi j'ai réalisé le plus grand de mes rêves, devenir maman. Merci de m'apporter tant de bonheur. Te voir grandir chaque jour est ma plus grande fierté. Tu as apporté de la lumière et de l'innocence dans un monde compliqué, merci pour tes rires, pour tes blagues qui font s'envoler les soucis. Je t'aime mon bébé.

A mes parents, vous qui avez toujours été présents, qui avez cuisiné, conduit, épaulé, écouté, stressé, sabré le champagne en toute occasion, acheté des bonbons et des navettes pour les révisions, remonté le moral, corrigé les fautes, motivé, consolé... Vous qui m'avez élevée et fait de moi la personne que je suis, merci. Merci pour votre amour, merci pour vos valeurs, merci de me rendre meilleure chaque jour. Je vous aime profondément.

A mes frères, Raphaël, Valentin et Paul. Raph, mon presque jumeau, mon zozo, toi avec qui j'ai grandi depuis toujours, merci de la confiance et de l'amour que tu me portes. On est différents mais sache que je crois profondément en toi et que je sais que tu arriveras au bout de tes projets. Titou, futur globe-trotteur, tu vas me manquer. Merci pour ta douceur et ton authenticité, savoir que tu changes de continent me fait un vide. Paul, mon tout petit minuscule frère qui est déjà si grand. Je suis impressionnée par ta maturité. Toi qui il y a si peu de temps m'apportait mon gouter pendant que je révisais, qui a été silencieux pour que je puisse travailler... Je sais que tu trouveras ta voie. Mes frères, malgré nos différences et la distance, je voudrais que vous soyez persuadés que je vous aime infiniment, et que je serai toujours là pour vous, toujours. Je suis fière d'avoir la chance d'être votre grande sœur, j'ai eu une enfance merveilleuse à vos côtés.

A Laura, merci pour tes conseils vestimentaires, pour ta bonne humeur. Merci de rendre heureux mon frère.

A Calou, vieux chien, qui veut rentrer pour pouvoir sortir et sortir pour pouvoir rentrer.

A mes grands-parents Anne et Dominique. Je suis profondément émue de partager ce grand moment avec vous. Merci d'avoir été présents depuis toujours, merci pour les centaines d'heures de puissance 4, de lectures, les goûters, merci pour les repas de famille qui n'en finissent plus. Merci Bonne Maman pour ton aide précieuse lors de la révision du bac français. Merci Grand-père pour les heures de bateau et pour la grande aventure de la traversée en Corse. Grâce à toi on peut écrire un roman digne de Jules Vernes. Merci pour les moments privilégiés que vous m'accordez lors des repas en petit comité. Merci de m'avoir accueillie chez vous pour mes révisions en tout genre lorsque je n'arrivais plus à travailler ailleurs. Je mesure la chance que j'ai d'avoir grandi auprès de vous, dans le même quartier et de pouvoir encore partager tant de moments de qualité à vos côtés. Je vous aime.

A mes grands-parents Sabine et Michel. A l'heure de suivre tes traces Grand-père, j'ai une pensée pour vous. J'aurais aimé t'entendre me raconter ta vision de la médecine générale. Sache que tu m'accompagnes tous les jours. Nanou, j'ai un souvenir ému des visites au musée avec toi. J'espère que de là où vous êtes, vous pouvez voir que la famille s'agrandit et qu'elle reste toujours aussi soudée. Vous me manquez.

A mon parrain et ma marraine, Thibaut et Stéphanie. Merci de m'avoir accompagnée dans tous les aspects de ma vie depuis mon enfance.

A mes oncles et tantes, Cyril, Mireille, Nathalie, Thomas, Cyrille, Marie, Marc, Sandrine, Thibaut et Sonia. C'est toujours un plaisir de se retrouver.

A mes cousins et cousines, Alice, Clémence, Louise, Julie, Hugo, Gaëtan, Mélina, Clémentine, Antonin, Maeva, Ornella et Swann. J'attends toujours avec impatience les retrouvailles. Merci pour votre bonne humeur, vos rires, les balades, les verres, les repas partagés, merci pour tous les souvenirs qu'on s'est construits et pour ceux à venir.

A Benjamin, Hugo et Arnaud, mes cousins que je voudrais voir plus souvent,

Aux Vinciguerra, ma famille d'adoption. Merci Natha d'avoir été la meilleure baby-sitter du monde (rien que ça), merci Brigitte pour le jus de fraise et les bons moments partagés.

A mes beaux-parents Gérard et Françoise, vous qui avez suivi de près toutes ces années d'études. Merci pour votre disponibilité et votre soutien tout au long de ces années. Merci Françoise pour les petits plats préparés avec amour, merci Gérard pour les astuces de Gégé BTP et les récits historiques.

A mon beau-frère et ma belle-sœur, Hugo et Marion. Hugo, merci d'avoir embêté Philippe toute son enfance pour en faire la personne qu'il est aujourd'hui. Marion, future infirmière en or, tu es faite pour ce métier. J'espère un jour pouvoir travailler main dans la main avec toi. Merci à vous deux d'avoir toujours été présents. Merci de m'avoir fait confiance pour être la marraine de Noémie.

A mes nièces, Zoé et Noémie. Je vous vois grandir de jour en jour, et je me réjouis de savoir que Lucie grandira à vos côtés. J'espère que vous partagerez des liens aussi forts que ceux que j'ai avec mes cousines.

A Michmich et Patrick, merci pour toutes les coupes de champagne et les bons repas en famille.

A mes filleules, Clémentine, Noémie et Charlotte. Vous apportez de la beauté et de la douceur dans ce monde. Je suis heureuse d'être votre marraine, je vous accompagnerai tout au long de votre vie dans les bons et les mauvais moments. Vous pourrez toujours compter sur moi.

A mes ami(e)s, la famille que j'ai choisie,

A Séverine, à ces 25 années d'amitié qui ont survécu à bien des kilomètres, à ces longues études qui nous ont pris la tête, à ces week-ends partagés et nos longues discussions. Je suis heureuse que tu aies fait le déplacement pour être là aujourd'hui.

A Alicia, à toutes ces heures au téléphone depuis plus de 15 ans, à cette nouvelle vie qui s'offre à nous depuis peu, à cette amitié toujours plus forte avec les années. Merci d'être toujours dispo, toujours partante, toujours 100% ouf ;) . Merci de prendre soin de moi comme tu le fais.

A Marie, à ces centaines de balades où l'on a décortiqué tous les sujets possibles, aux soirées pyjamas, aux lavages de chien endiablés et séances bronzette / causette. Merci pour ton sens de la géographie, tes remarques innocentes, merci de croire qu'un bébé sort du ventre avec sa carte d'identité et de me faire autant rigoler.

A Alice, (oui tu es aussi ici !), après avoir partagé notre enfance, une P1, des soirées, nous voilà toutes les deux professionnelles de santé et mamans. Sache que tu es un modèle pour moi. Merci de prendre toujours des nouvelles même quand tu es dans le rush, merci pour ton soutien à travers les années.

A Manon et Nicolas mes amis d'enfance, merci de faire partie de ma vie encore aujourd'hui.

A Caroline, merci d'avoir rendu les années de fac mémorables (à base de déguisements plus farfelus les uns que les autres et de taux d'alcoolémie beaucoup trop haut). Merci de m'avoir supportée tout ce temps, de toujours rire à mes blagues nulles. Merci d'avoir été ma coloc dans les derniers jours avant le concours. Merci de me donner autant de place dans ta vie et de me faire confiance pour être la marraine de Charlotte. Merci pour les remontages de moral à toute heure. Je suis chanceuse de t'avoir rencontrée, ton amitié m'est inestimable.

A Sibylle, merci pour ton petit grain de folie qui rend les moments partagés toujours plus joyeux. Merci d'avoir été ma première amie en médecine, après une discussion dans un ascenseur de gériatrie, et d'être restée présente tout au long des années. Je suis heureuse que tu fasses partie de ma vie.

A Carolinaudibert, au WEI carporal qui a marqué le début de la fin, suivi des soirées médecine, puis les urg, pour enfin redémarrer sur des soirées avec les piliers. La boucle est bouclée. Merci pour les ptits repas à base de courgette, et pour les discussions interminables sur le cinéma.

A Charlène H.B., à ces litres de thé, qcm et autres qroc qui ont rythmé nos vies pendant 3 ans, à ces discussions philosophiques, théologiques puis sur la maternité, aux retrouvailles qui ont soudé notre amitié après une période d'éloignement. Merci d'être là aujourd'hui pour prendre un coca avec moi.

A Ophélie, à cette rencontre dans un accoutrement particulier, aux moments partagés qui ne durent jamais assez longtemps mais sont toujours spontanés, merci pour ces conversations sans fin sur tous les sujets.

Aux piliers, Audrenne, Caroline, Cécile, Christophe, Clara, Emma, Fanny, Marion, Marine, Mélanie, Sophie, merci d'avoir rendu le stage d'urgence plus fun, d'être toujours dispo pour boire un coup, merci pour les centaines de messages les jours de cours, pour les avis en quelques minutes, pour les soirées de thèse plus mémorables les unes que les autres.

A Mélanie et Justine, merci pour nos échanges sur tous les aspects de la vie de médecin et maman, vivement la rencontre des trois loulous !

A Laure, à ce stage à l'UHSI où l'on a enfin appris à se connaître vraiment. Il aura fallu aller en prison ensemble pour trouver le temps de discuter plus longuement ! Merci pour ta gentillesse, merci de me faire signe à chaque fois que tu reviens à Marseille, j'espère bientôt venir te voir à Mont de Marsan.

A Charlène A., Blandine, Elisa, Antonin, Romane, Vincent, Romain, Jessica, Capucine, Fanny, merci d'avoir marqué ces années de médecine et rendu plus belles ces études.

A tout ceux que je n'ai pas cités, pardon de vous avoir oubliés, vous êtes en droit de venir réclamer un dédommagement significatif.

Merci à vous tous de faire partie de ma vie. Par ces moments de partage, vous avez forgé la personne que je suis aujourd'hui.

« L'art de la médecine consiste à distraire le malade pendant que la nature le guérit. »

Voltaire

Exploration des connaissances des femmes nullipares au sujet de l'allaitement maternel

Table des matières

REMERCIEMENTS	1
LISTE DES ABREVIATIONS	3
PREAMBULE	4
INTRODUCTION	6
I. HISTORIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL	6
II. TAUX D'ALLAITEMENT MATERNEL EN FRANCE ET EN EUROPE	7
2.1. <i>Situation en France</i>	7
2.2. <i>Situation en Europe</i>	9
III. BENEFICES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL	13
3.1. <i>Composition du lait maternel</i>	13
3.2. <i>Bénéfices pour l'enfant</i>	14
3.3. <i>Bénéfices pour la mère</i>	15
IV. CONTRE-INDICATIONS A L'ALLAITEMENT MATERNEL	17
4.1. <i>Mode de vie maternel</i>	17
4.2. <i>Maladies infectieuses</i>	17
4.3. <i>Médicaments</i>	18
4.4. <i>Affection maternelle</i>	19
4.5. <i>Affection chez le nourrisson</i>	19
V. RECOMMANDATIONS NATIONALES ET INTERNATIONALES	19
VI. ACTIONS DE PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL	20
VII. DONNEES DE LA LITTERATURE SUR FEMMES NULLIPARES ET ALLAITEMENT	20
MATERIEL ET METHODES	22
I. JUSTIFICATION DE L'ETUDE	22
II. HYPOTHESES	22
III. OBJECTIFS	22
IV. METHODOLOGIE DE L'ETUDE	23
4.1. <i>Étude quantitative</i>	23
4.2. <i>Description du questionnaire et recueil des données</i>	23
V. POPULATION ETUDIEE	24
5.1. <i>Mode de recrutement</i>	24
5.2. <i>Critères d'inclusion</i>	24
5.3. <i>Critères d'exclusion</i>	24
VI. RECUEIL DES DONNEES	25
VII. METHODE D'ANALYSE DES DONNEES	25
RESULTATS	26
I. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	26
II. ANALYSE DESCRIPTIVE	29
III. ANALYSE COMPARATIVE	32
DISCUSSION	34
I. COMPARAISON DES RESULTATS AVEC LA LITTERATURE	34
1.1. <i>Objectif principal</i>	34
1.2. <i>Objectifs secondaires</i>	35
II. FORCES DE L'ETUDE	37
III. LIMITES DE L'ETUDE	38

CONCLUSION.....	39
BIBLIOGRAPHIE	40
ANNEXES.....	44
SERMENT D'HIPPOCRATE	47

LISTE DES ABREVIATIONS

A :	Affirmation
AM :	Allaitement maternel
CRAT :	Centre de Référence sur les Agents Tératogènes
FSH:	Follicle Stimulating Hormone
HTLV:	Human T-Lymphotropic Virus
HSV :	Herpès Simplex Virus
IgA :	Immunoglobuline A
IMC :	Indice de masse corporelle
IVG :	Interruption volontaire de grossesse
LH :	Luteinizing Hormone
MIN :	Mort inattendue du nourrisson
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ORL :	Oto-rhino-laryngologie
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine

PREAMBULE

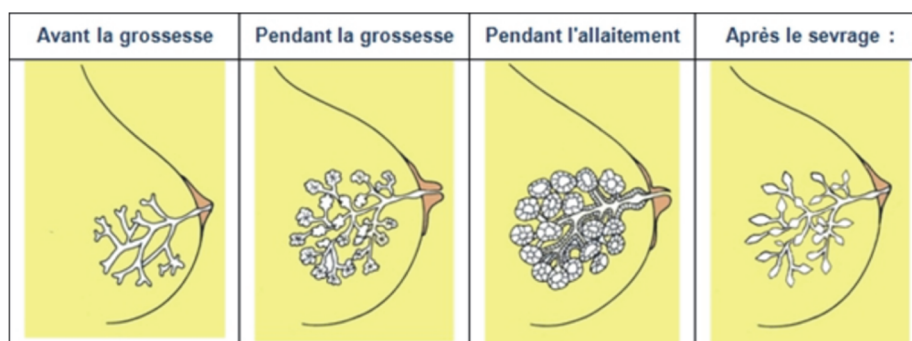
Définitions

L'allaitement maternel désigne le fait de nourrir un enfant avec du lait maternel via le sein de sa mère.

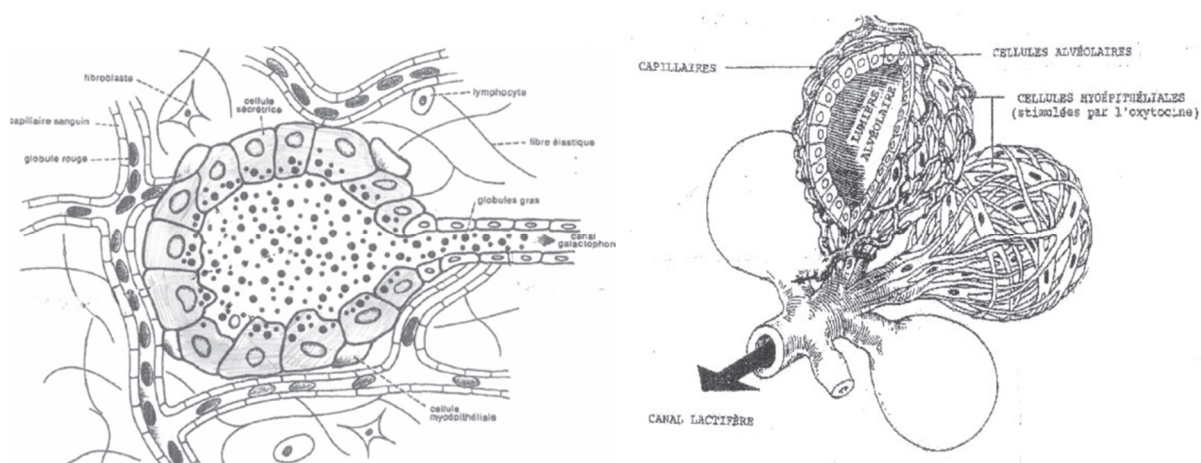
La parité est le nombre d'accouchements. D'après le dictionnaire Larousse le terme nullipare « se dit d'une femme qui n'a jamais accouché ».

Physiologie de la lactation

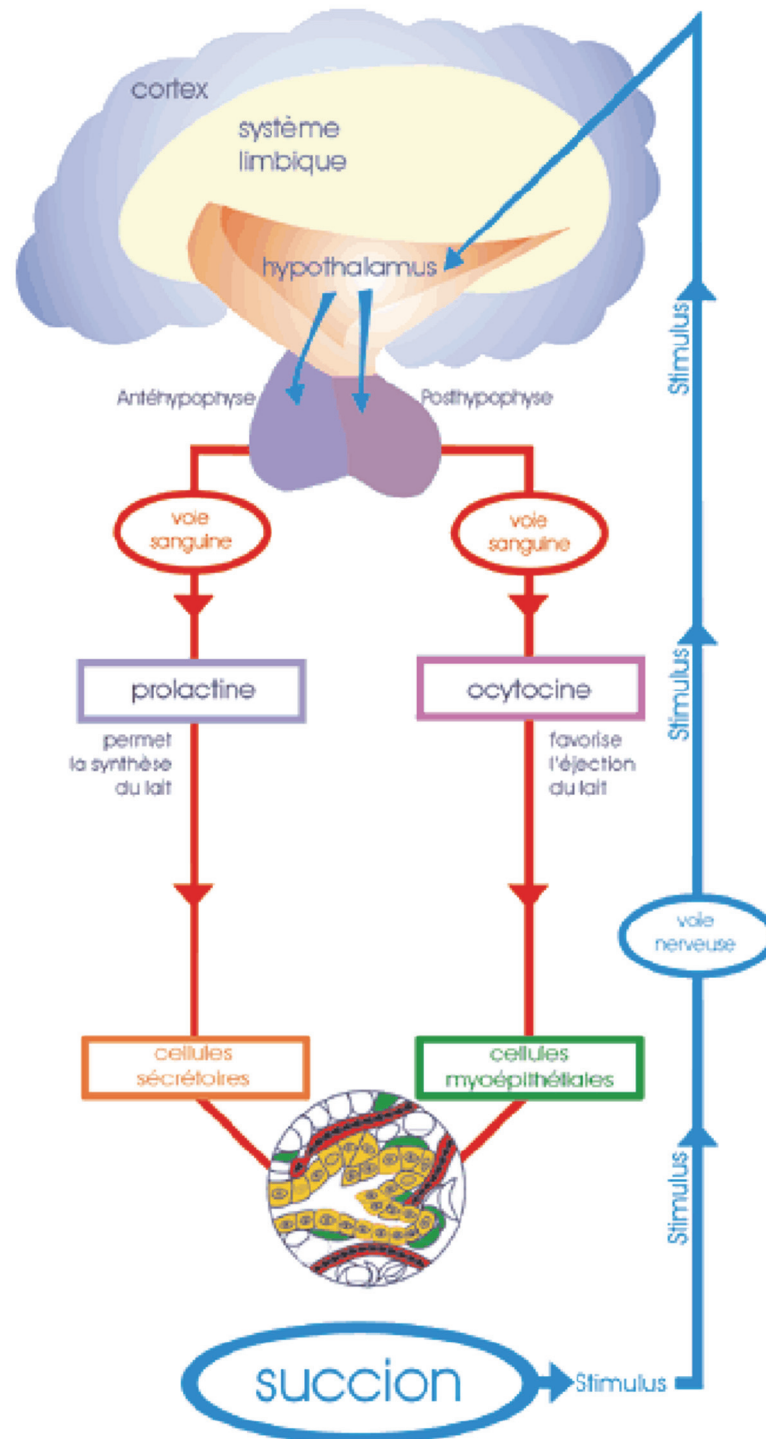
La lactation est un processus physiologique qui se met en place à la suite de la grossesse. La glande mammaire, essentiellement constituée de tissu adipeux en dehors des périodes de grossesse et d'allaitement, subit des modifications pendant la gestation. Le tissu adipeux est peu à peu remplacé par de l'épithélium glandulaire. Ce phénomène aboutit à la fin de la grossesse à une glande mammaire composée d'éléments glandulaires, les acini, groupés autour d'un canal excréteur commun, formant un lobule.



Le lait mature est fabriqué par les cellules sécrétrices de l'épithélium mammaire (lactocytes). Il est sécrété en continu dans les acini puis stocké dans la lumière alvéolaire. Il est enfin éjecté dans les canaux galactophores (lactifères) par les cellules myoépithéliales sous l'action des sécrétions hormonales.



La lactation est sous l'influence d'un contrôle endocrine. La succion du nourrisson stimule l'aréole ce qui active le complexe hypothalamo-hypophysaire. Les cellules lactotropes de l'antéhypophyse sécrètent alors de la prolactine qui agit à son tour sur les lactocytes provoquant la sécrétion de lait. L'ocytocine est une hormone permettant l'éjection du lait. Elle est sécrétée par l'hypothalamus en réponse à la succion puis stockée dans la posthypophyse. Elle active la contraction des cellules myoépithéliales présentes dans les acini et provoque ainsi l'éjection du lait.



INTRODUCTION

I. HISTORIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

En France comme dans toutes les sociétés anciennes ou traditionnelles, l'allaitement de l'enfant par une femme est la règle générale, dans la mesure où il n'y a pas d'alternative possible au lait de femme. Au cours de l'Histoire, l'allaitement maternel (AM) a fait l'objet de représentations et de recommandations diverses.

Dans l'Antiquité, les médecins pensaient que le sang permettant la nutrition du fœtus via le placenta pendant la grossesse, subissait après l'accouchement une « coction » (c'est-à-dire une cuisson) en montant aux seins pour devenir le lait. Devant cette continuité biologique, les médecins incitaient fortement les femmes à allaiter leur nourrisson. Le recours aux nourrices existe déjà dès cette époque, nous en retrouvons des traces dans des écrits datant de 1750 av. J.C. (Code d'Hammourabi, roi de Babylone). Il était suggéré lorsque la mère ne pouvait pas allaiter son enfant (décès, maladie) ou dans le cas de naissance de jumeaux. (1)

Au XVIII^{ème} siècle, plusieurs pratiques s'opposent. Certains sont partisans d'un jeûne précoce de 12 à 24h après la naissance, au motif que le colostrum serait mauvais pour le nourrisson. L'usage de purgatifs artificiels est alors répandu afin de provoquer l'expulsion du méconium. D'autres médecins proposent un point de vue différent et pensent que la mise au sein précoce et l'allaitement à la demande favorisent la réussite de l'AM. A cette époque, de nombreuses femmes emmènent leur nourrisson sur leur lieu de travail (à l'usine ou dans les champs), l'accès au sein à la demande étant la règle. Au même moment, la mise en nourrice est une pratique généralisée dans les milieux aristocratiques d'abord, puis bourgeois. Cette pratique se répand dans les milieux ouvriers où les femmes d'artisans et de commerçants les plus aisées placent leur enfant en nourrice pour travailler auprès de leur mari. En conséquence, le taux de fécondité augmente considérablement et va jusqu'à atteindre en moyenne 8,25 enfants par femme dans le milieu des ouvriers de la soie lyonnais. L'usage du biberon est parfois privilégié, les nourrices n'ayant pas assez de lait pour nourrir tous les enfants sous leur garde. Ceci aboutit, avant l'avènement de la stérilisation, à une forte mortalité infantile via la transmission de germes par le biberon. (1)

Au XIX^{ème} siècle, l'invention du lait en poudre, l'apparition de biberons sécurés en caoutchouc, faciles à nettoyer, et l'émergence de la stérilisation concourent à la diminution de la mortalité infantile. Les femmes peuvent alors choisir l'allaitement au biberon, synonyme de modernité, ce qui fait chuter les taux d'allaitement maternel. L'avènement de la puériculture avec ses règles strictes d'alimentation au biberon (quantité, durée, espacement) participe à la démocratisation d'une discipline de l'AM en rupture avec les pratiques traditionnelles. (1,2)

Le féminisme de la fin du XIX^{ème} et du début du XX^{ème} siècle a marqué l'histoire de l'AM. Les avis sont divisés entre deux écoles. L'une défend l'allaitement au sein notamment en luttant pour que les travailleuses qui allaitent disposent de droits spéciaux (temps de pause dédiés,

allocations mensuelles). L'autre, qui apparaît au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, revendique la liberté de la femme et dénonce l'esclavage de la maternité. Celle-ci se retrouve dans le discours de Simone de Beauvoir énoncé dans son ouvrage *Le deuxième sexe*. (3)

De nos jours, l'AM suscite toujours des réactions diverses, entre défenseurs et détracteurs. Les taux d'initiation d'AM connaissent une croissance fluctuante depuis les années 80. Le pourcentage d'enfants allaités exclusivement au sein 8 jours après la naissance était de : 47,5% en 1981 ; 40,5% en 1995 ; 45% en 1998 ; 52,3% en 2000 et 54,8% en 2001. Les chiffres d'AM à la sortie de la maternité ne représentent pas un indicateur significatif en raison des arrêts précoces de l'allaitement. (4)

II. TAUX D'ALLAITEMENT MATERNEL EN FRANCE ET EN EUROPE

2.1. Situation en France

L'enquête nationale périnatale de 2016 révèle que le taux de nouveau-nés allaités à la maternité était de 66,7% en métropole dont 52,2% de manière exclusive.

L'AM exclusif signifie que l'enfant ne reçoit comme alimentation que du lait maternel.

La proportion de nouveau-nés allaités à la maternité diffère selon les régions françaises. Ainsi les Hauts-de-France, la Bretagne et les Pays de la Loire sont très en dessous du taux moyen national tandis que l'Île-de-France, la région PACA et l'Auvergne-Rhône-Alpes ont les taux les plus élevés. Dans les départements et régions d'outre-mer, 83,3% des nouveau-nés étaient allaités en maternité dont 58% de manière exclusive. (5)

La figure 1 illustre les taux d'allaitement par région. Elle permet de visualiser les disparités entre les taux régionaux et le taux national.

	Effectifs	%	IC à 95%	p ⁽²⁾
Métropole	11 820	66,7	66,0 - 67,4	
Grandes régions				
Auvergne - Rhône-Alpes	1 501	71,1	69,1 - 73,0	< 0,05
<i>Rhône</i>	480	75,2	71,8 - 78,4	< 0,001
Bourgogne - Franche-Comté	446	65,7	61,8 - 69,4	NS
Bretagne	580	57,8	54,3 - 61,2	< 0,001
Centre-Val-de-Loire	454	64,8	60,9 - 68,5	NS
Grand Est	959	61,1	58,4 - 63,7	< 0,05
Hauts-de-France	1 150	53,4	50,9 - 55,9	< 0,001
<i>Nord</i>	582	59,8	56,3 - 63,2	< 0,05
Île-de-France	2 754	76,9	75,6 - 78,2	< 0,001
<i>Paris</i>	663	79,6	76,9 - 82,2	< 0,001
<i>Petite couronne</i>	1 087	77,9	75,8 - 80,0	< 0,001
<i>Grande couronne</i>	1 004	74,0	71,6 - 76,3	< 0,001
Normandie	637	61,9	58,6 - 65,1	NS
Nouvelle Aquitaine	898	62,0	59,3 - 64,7	< 0,05
Occitanie	901	69,3	66,6 - 71,8	NS
PACA et Corse	794	71,5	68,8 - 74,2	< 0,05
<i>PACA</i>	766	72,1	69,3 - 74,7	< 0,05
Pays de la Loire	746	58,2	55,1 - 61,2	< 0,001
DROM ⁽³⁾	653	83,3	80,7 - 85,7	< 0,001

(2) Test binomial comparant chaque grande région (ou département) à la métropole.

(3) Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion.

Figure 1. Comparaisons régionales : taux d'allaitement à la maternité (exclusif ou mixte) (5)

Plus globalement, en France, le taux d'AM exclusif avait augmenté entre 1995 et 2010 pour diminuer ensuite entre 2010 et 2016, en passant de 60,3% à 52,2% (Figure 2) (5).

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95 %
Essai de mise au sein dans les 2 premières heures de vie ⁽¹⁾					
Oui	63,3	NS	7 243	65,0	64,1 - 65,9
Non	36,7		3 904	35,0	34,1 - 35,9
	(13 183)		(11 147)		
Mode d'alimentation ⁽²⁾					
Allaitement maternel exclusif	60,3	< 0,001	6 170	52,2	51,4 - 53,0
Allaitement maternel mixte	8,4		1 714	14,5	14,0 - 15,0
Préparation pour nourrisson	31,3		3 936	33,3	32,6 - 34,0
	(14 106)		(11 820)		

(1) Rapporté au nombre d'enfants non transférés en réanimation, soins intensifs ou néonatalogie.

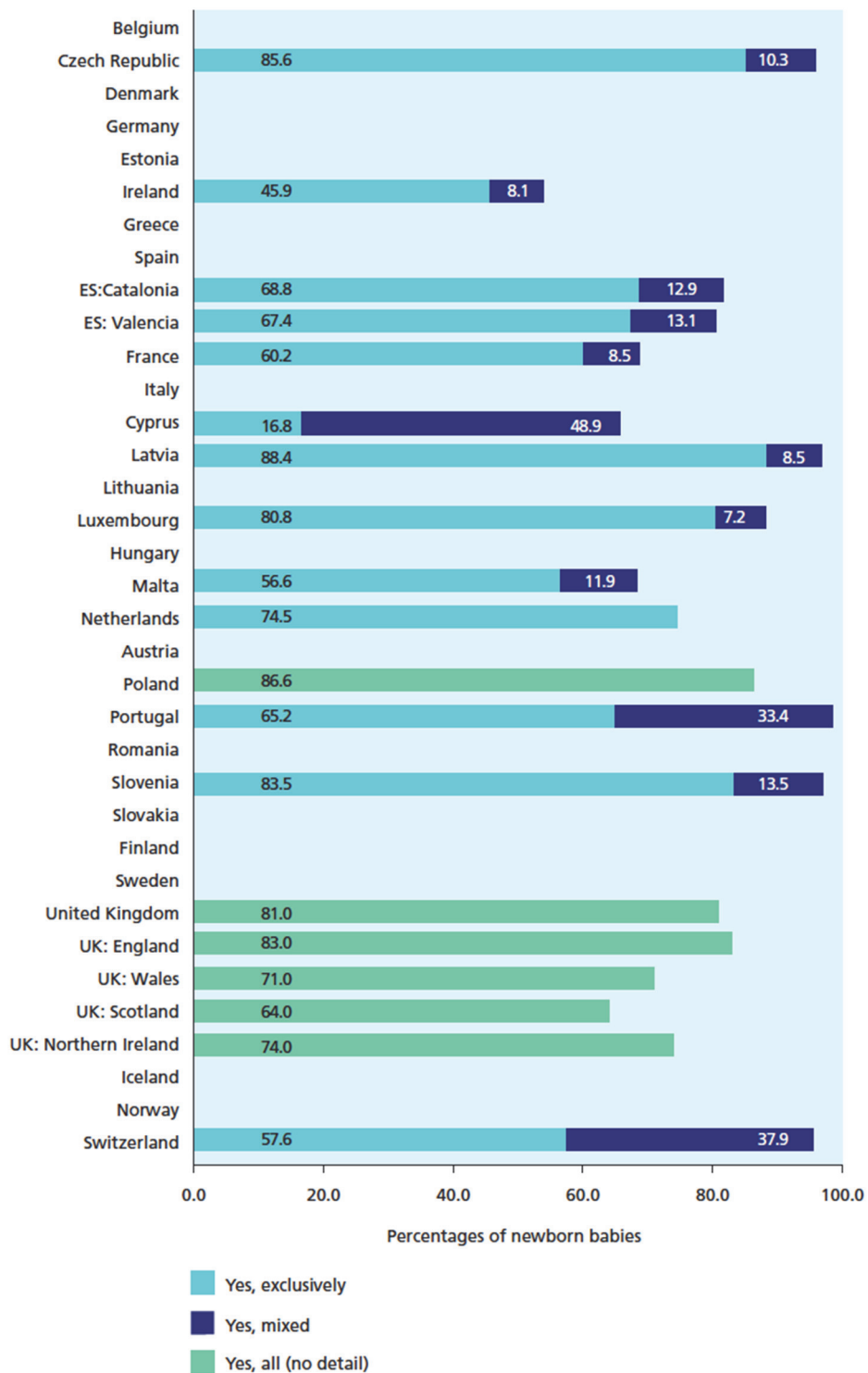
(2) Rapporté au nombre de naissances.

Figure 2. Mode d'alimentation du nouveau-né en post-partum. (5)

Peu de données ont été publiées dans la littérature sur les taux d'allaitement après la sortie de la maternité. En effet, cela impliquerait soit de faire une enquête prospective de grande ampleur, soit de faire une enquête rétrospective avec le biais de mémorisation que cela implique. D'autre part, la littérature manque d'études récentes sur l'épidémiologie de l'AM. C'est pourquoi la 2^e édition de l'enquête Epifane a été lancée en avril 2021, neuf ans après la première. Cette étude a pour objectif de décrire l'alimentation des enfants dans leur première année de vie, et d'étudier les indicateurs concernant l'allaitement maternel. En 2021, Epifane a été associée à l'Enquête nationale périnatale pour permettre de collecter des données communes à différents moments de la vie de l'enfant : à la maternité et à 2 mois pour l'ensemble des mères, et à 6 et 12 mois pour le sous-échantillon Epifane. Les résultats seront disponibles fin 2022 et permettront d'avoir une idée précise de l'évolution de l'allaitement maternel en France ces cinq dernières années. (6)

2.2. Situation en Europe

Après avoir décrit la situation en France, nous allons nous intéresser à celle de nos voisins européens. L'European Perinatal Health Report de 2010 (figure 3) met en évidence de larges disparités des taux d'allaitement maternel en Europe. En République Tchèque, Lettonie, Portugal et Slovénie, plus de 90% des nouveau-nés étaient allaités à la naissance. Les taux sont plus faibles en France, Irlande, Ecosse, à Chypre et à Malte. Dans les pays où les taux d'allaitement sont élevés, le pourcentage d'allaitement exclusif est variable : il est majoritaire en République Tchèque et Lettonie tandis qu'en Suisse et au Portugal l'allaitement mixte est la règle (7).



NOTES:
 Cyprus: Perinatal Survey in 2007
 The Netherlands, no data on mixed feeding
 Poland: National Health Survey in 2009
 Portugal: National breastfeeding registry which was set up recently; coverage rate: 55% of public hospitals; includes term newborns from July 2010 to June 2011
 Switzerland: includes healthy term newborns in hospitals and birthing homes participating in Baby Friendly Hospital Initiative; coverage rate: 38%
 UK: no question on mixed feeding, only intended mixed feeding

Figure 3. Taux d'allaitement maternel dans les 48 premières heures de vie en 2010. (7)

Une étude réalisée en 2019 auprès de 11 pays d'Europe a analysé les taux d'AM et d'AM exclusif dans la première année de vie des enfants. Elle rapporte également les données concernant les congés parentaux dans ces différents pays ainsi que les initiatives de promotions de l'AM. Les pays étudiés sont les suivants : Belgique, Croatie, Danemark, Allemagne, Irlande, Italie, Pays-Bas, Norvège, Espagne, Suisse et Suède. Les résultats montrent des taux d'AM très variables. Les taux d'initiation sont élevés dans tous les pays sondés. En effet, entre 56% et 97% des nourrissons de ces pays reçoivent du lait maternel directement après la naissance. A l'âge de 1 à 2 mois, entre 48% (Italie) et 74% (Suisse) des nourrissons sont allaités exclusivement. Ce taux diminue progressivement avec, à 6 mois, 13% (Danemark) à 39% (Pays-Bas) d'enfants allaités exclusivement. Les pays ayant les plus hauts taux d'AM global à 6 mois sont la Norvège (71%), la Suède (61%) et l'Allemagne (57%). Les différences entre les taux d'allaitement globaux et exclusifs à 6 mois pourraient être liées aux variations de recommandations concernant l'introduction de la diversification alimentaire. Elle débute en effet selon les pays dès 4 mois ou après 6 mois de vie.

La figure 4 met en évidence les taux d'AM chez les nourrissons selon leur pays d'origine et leur âge. Les pays du nord de l'Europe (Pays-Bas, Danemark, Norvège, Suède) ainsi que l'Allemagne et la Suisse sont ceux présentant les plus hauts taux d'AM à 4 et 6 mois.

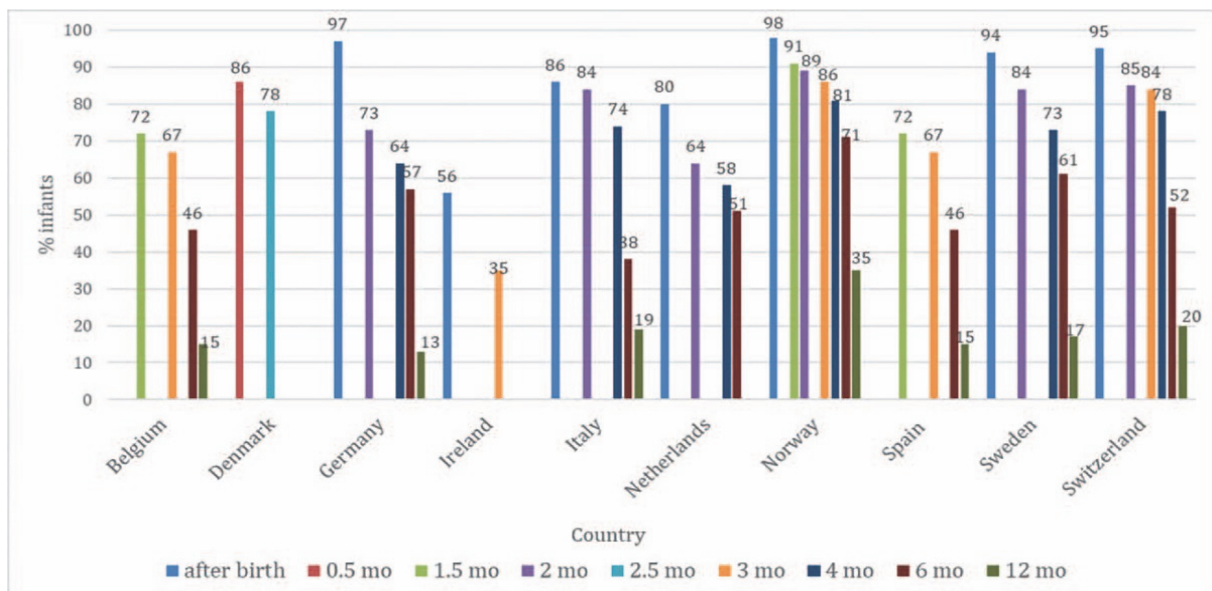


Figure 4. Taux d'allaitement maternel selon l'âge et le pays (13).

Les différences de taux et de durée d'AM observées entre ces pays pourraient être liées à leur politique périnatale. Plus précisément, les congés accordés aux jeunes parents pourraient être un facteur influençant ces paramètres. En effet, en Allemagne et au Danemark un congé parental rémunéré de 46 à 56 semaines est proposé à la suite du congé maternité. En Norvège et en Suède la durée totale du congé parental varie de 49 à 68 semaines avec une rémunération de 80 à 100% du salaire (Figure 5). Cette durée prolongée de congé post-natal permettrait aux mères de poursuivre leur allaitement sans se soucier de la reprise précoce du travail comme en France. Cependant, d'autres facteurs de santé publique favorisant sont à prendre en compte. Il est évident que les facteurs influençant la durée d'allaitement ne sauraient se résumer à la seule durée du congé post-natal. Citons l'exemple de la Suisse dont les taux d'AM sont plus élevés qu'en France, avec une durée de congé équivalente (13).

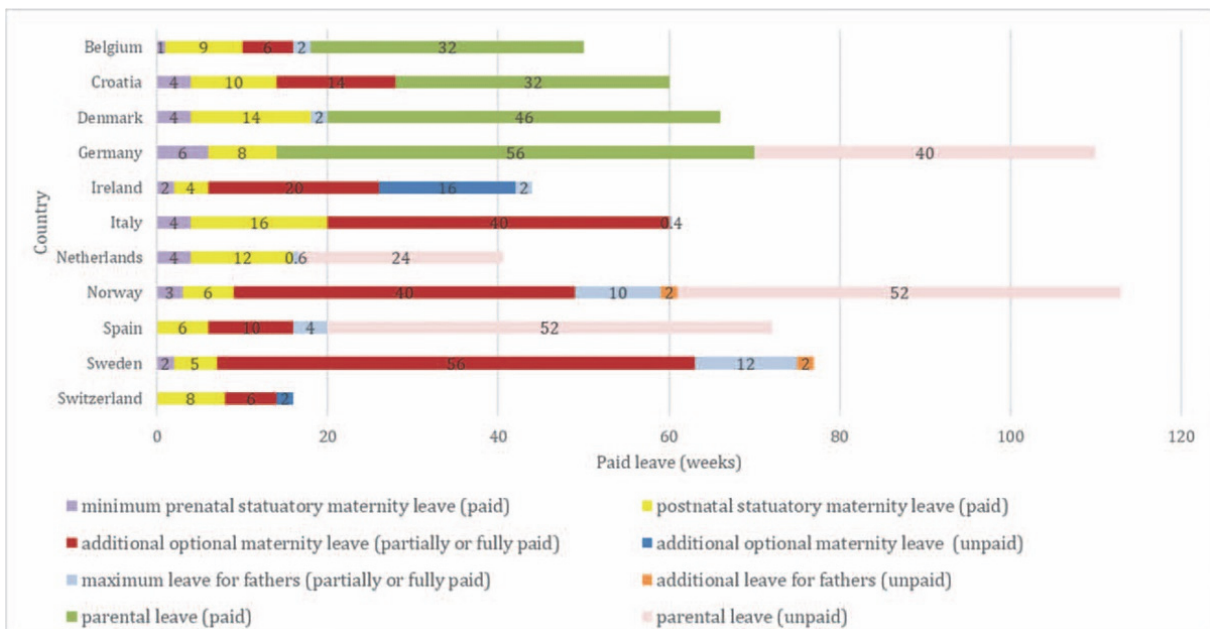


Figure 5. Durée congé maternité, paternité et parental (13).

Ces différences sont néanmoins à prendre avec précaution. Les définitions et méthodes utilisées pour la collecte des données concernant l'AM ne sont pas standardisées entre les pays, ce qui en rend la comparaison difficile (13,14).

Après cette revue de la littérature concernant les pratiques d'allaitement, nous allons nous intéresser aux atouts et limites de l'AM.

III. BENEFICES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

3.1. Composition du lait maternel

Le lait maternel est composé majoritairement d'eau ainsi que de protéines (8-12g/L), de lipides (35g/L), de glucides (75g/L), de vitamines et d'oligoéléments.

Parmi les protéines, les immunoglobulines, cytokines, enzymes ou facteurs de croissance présentent un rôle fonctionnel essentiel au développement de l'enfant. Les protéines sont différentes de celles présentes dans le lait de vache : le lait maternel contient moins de protéines (notamment moins de caséine) et leur qualité est plus adaptée au nourrisson.

La teneur en lipides du lait maternel est équivalente à celle du lait de vache, mais ils sont plus digestes et mieux absorbés. Le lait maternel contient du cholestérol, qui joue un rôle majeur dans la composition des membranes cellulaires. C'est un précurseur hormonal également actif dans le développement cérébral. Des acides gras polyinsaturés sont également présents et actifs lors des processus de maturation cérébrale et rétinienne.

Les glucides (75g/L) présents dans le lait maternel sont le lactose (63g/L) et des oligosaccharides (12g/L), à la différence du lait de vache qui contient seulement du lactose. Les oligosaccharides sont formés à partir de cinq sucres élémentaires (glucose, galactose, N-acétylglucosamine, fucose, acide sialique) et se comportent comme des prébiotiques. Ils favorisent la mise en place de la flore colique dominée par *Bifidobacterium bifidum* chez le nourrisson allaité.

L'azote et les sels minéraux sont en faible quantité ce qui, en limitant la charge osmolaire rénale, permet une meilleure régulation de l'équilibre hydro-électrolytique notamment en cas de pertes hydriques excessives.

Certains oligoéléments contenus dans le lait maternel, comme le fer et le zinc, présentent une meilleure biodisponibilité via une meilleure absorption par l'intermédiaire de ligands.

Le lait de femme est évolutif. Les trois premiers jours suivant la naissance, le lait est plus épais et se nomme « colostrum ». Il est plus riche en cellules immunocompétentes en oligosaccharides et en protéines, mais moins riche en lipides et en lactose. Ensuite, il devient du lait « mature » et prend sa composition définitive. Par ailleurs, la composition du lait change au cours de la tétée où ils s'enrichit en graisses et micelles de caséine (15).

Cette composition du lait maternel en fait l'aliment de choix pour répondre aux besoins du nourrisson. Ainsi, quels sont les bénéfices de l'allaitement pour la santé de l'enfant et de sa mère ?

3.2. Bénéfices pour l'enfant

3.3.1 Effet protecteur vis-à-vis des infections ORL, respiratoires et digestives

Le lait maternel est composé de protéines et cellules immunitaires qui protègent le nouveau-né des infections virales, bactériennes et fongiques, notamment via les immunoglobulines A (IgA) sécrétées qui véhiculent les anticorps. Les lactoferrine, lysozyme, kappa caséine, alpha lactalbumine ont quant à elles une activité antimicrobienne (15).

L'allaitement maternel est associé à une diminution de la fréquence et de la gravité des infections des voies respiratoires et de la sphère ORL, comme l'otite moyenne aiguë. Il est aussi associé à une diminution du risque d'hospitalisation pour infection respiratoire (4,15,16).

Il est associé à une diminution de l'incidence et de la gravité des diarrhées infectieuses et de l'entérocolite ulcéronécrosante, pathologie digestive grave touchant les nouveau-nés prématurés (16,17).

3.3.2 Effet protecteur vis à vis du risque de mort inattendue du nourrisson (MIN)

Une revue de la littérature et une méta-analyse montrent une réduction du risque de MIN chez les nourrissons allaités au sein. Cet effet est maximisé lorsque l'AM est exclusif (16,18).

3.3.3 Risque cardiovasculaire

L'AM aurait un effet préventif sur le surpoids et l'obésité ainsi que sur les diabètes de type 1 et de type 2. Une explication serait que les nourrissons allaités auraient une meilleure régulation des quantités au sein, une insulïnémie plus faible et une meilleure acceptation du goût des fruits et légumes lors de la diversification (15–17,19).

En revanche, la relation entre allaitement maternel et maladie cardiovasculaire reste indéterminée. De même, aucune association n'a été mise en évidence entre allaitement maternel et hypertension ou dyslipidémie (15–17).

3.3.4 Prévention des allergies

Les données concernant la relation entre allaitement maternel et dermatite atopique ou asthme ne sont pas concordantes : certaines études montrent un effet alors que d'autres ne retrouvent pas d'association statistiquement significative. (15–17)

3.3.5 *Autres effets concernant la santé de l'enfant*

Aucune relation n'a été formellement identifiée entre allaitement maternel et performances cognitives (16).

Une méta-analyse a mis en évidence une augmentation du nombre de caries dentaires en cas d'allaitement prolongé (17).

3.3. Bénéfices pour la mère

3.3.1 *Effet protecteur vis-à-vis du cancer du sein pré-ménopausique*

Selon de nombreuses études, l'allaitement maternel est associé à un taux plus faible de cancer du sein avant la ménopause. Cette association est d'autant plus marquée que l'allaitement est long (16,17,20).

3.3.2 *Effet protecteur vis-à-vis du cancer de l'ovaire*

L'effet de l'allaitement maternel sur le cancer de l'ovaire a été confirmé par deux méta-analyses. Selon Victora et al. (2016), une association est probable (17). Selon Babic et al (2020), l'allaitement maternel est associé de manière statistiquement significative à une diminution du risque de cancer de l'ovaire en général et en particulier concernant le sous-type séreux à haut grade, qui est le plus létal. Ces résultats suggèrent que l'allaitement maternel serait un facteur protecteur du cancer de l'ovaire, indépendamment de la grossesse (21).

3.3.3 *Ostéoporose*

Les conséquences de l'allaitement maternel sur l'ostéoporose sont discutées. Une étude chinoise ne met pas en évidence d'association entre allaitement maternel et résultats d'ostéodensitométrie après ajustement sur l'âge, le nombre de grossesse, la parité et l'IMC (16,22). D'autres observent dans une méta-analyse une diminution de l'incidence des fractures de hanche ostéoporotiques lorsque la durée d'allaitement augmente (23).

3.3.4 *Modification de l'architecture du sommeil*

L'architecture du sommeil des mères allaitantes serait modifiée, avec une augmentation des phases de sommeil lent profond, probablement lié à l'augmentation du taux de prolactine. Ceci permettrait au sommeil d'être plus réparateur (24). D'ailleurs, selon une équipe japonaise, les femmes allaitant au sein exclusivement déclaraient avoir une meilleure qualité de sommeil. La position d'allaitement la nuit aurait aussi un impact. En effet, les femmes allaitant en position couchée ont un repos plus récupérateur (25).

3.3.5 *Involution utérine*

L'involution utérine en post-partum immédiat serait plus rapide en cas d'allaitement maternel (26).

3.3.6 *Effets sur la perte de poids en post-partum*

L'effet de l'AM sur la perte de poids en post-partum est discuté. Une revue de la littérature de 2007 identifie un effet négligeable sur le retour au poids d'avant grossesse et un effet peu évident sur la perte de poids en post partum (16). Des données plus récentes issues d'études observationnelles semblent indiquer que l'AM est associé à une perte plus importante des kilos pris pendant la grossesse (27).

3.3.7 *Allaitement maternel et espacement des grossesses*

L'AM permet d'espacer les grossesses via la méthode de « l'allaitement maternel et aménorrhée ». Cette méthode contraceptive repose sur le fait que l'AM exclusif peut avoir un effet contraceptif jusqu'à 6 mois après la naissance, si toutes les conditions suivantes sont réunies :

- Allaitement exclusif,
- Allaitement jour et nuit, avec 6 à 10 tétées par jour,
- Espacement des tétées maximum de 6h la nuit et 4h le jour,
- Aménorrhée persistante.

Si une seule de ces conditions n'est pas respectée, une ovulation peut avoir lieu et un rapport sexuel peut être fécondant. Il est alors recommandé d'utiliser une méthode de contraception complémentaire (17,28,29).

Ce mécanisme d'inhibition de l'ovulation est lié à la sécrétion de prolactine. L'hyperprolactinémie secondaire à l'allaitement est alors responsable d'une inhibition de l'axe gonadotrope. Ceci conduit à un blocage de la sécrétion des gonadotrophines (FSH et LH) par l'hypophyse qui ne peuvent plus stimuler la production d'œstradiol et progestérone par l'ovaire. En l'absence de ces sécrétions hormonales, l'ovulation ne peut survenir. En revanche, si le taux de prolactine diminue, l'axe gonadotrope se réactive et une ovulation peut arriver (30).

3.3.8 *Effet sur le diabète de type 2*

L'AM serait associé à un risque plus faible de diabète de type 2 chez la mère (16,17,31).

3.3.9 *Effet sur la dépression du post partum*

L'AM est associé à une fréquence plus faible de dépression du post partum (16,27).

IV. CONTRE-INDICATIONS A L'ALLAITEMENT MATERNEL

4.1. Mode de vie maternel

La consommation de tabac par la mère entraîne un passage de nicotine dans le lait dont les métabolites sont retrouvés dans les urines des nourrissons. Il semblerait que la production de lait soit moindre chez les femmes fumeuses. En revanche, en cas de tabagisme maternel, l'incidence d'affections respiratoires est moindre chez les nourrissons allaités. Les bénéfices de l'allaitement restent supérieurs aux risques du tabagisme maternel sur la santé du nourrisson. Ceci justifie donc de recommander l'AM chez les mères fumeuses (32,33).

Après consommation d'alcool par la mère, le taux d'alcool dans le lait est équivalent à l'alcoolémie. Il existe un pic une demi-heure à une heure après consommation. Il convient de noter que l'activité hépatique de l'alcool déshydrogénase, enzyme permettant la dégradation de l'alcool, est immature la première année de vie. L'alcool consommé de façon régulière peut perturber le développement neurologique du nourrisson. L'ANAES recommande aux mères qui allaitent de ne pas consommer d'alcool. En revanche, une consommation occasionnelle d'un ou deux verres est possible, de préférence juste après la tétée (4).

La caféine se retrouve en concentration faible dans le lait mais son élimination est plus longue chez l'enfant. Sa consommation n'est pas contre-indiquée, mais doit être modérée (deux à trois tasses par jour) (4).

4.2. Maladies infectieuses

Nous avons vu précédemment que l'AM protège le nourrisson des infections via le passage d'anticorps spécifiques et non spécifiques dans le lait maternel. Seules trois infections virales chez la mère constituent des contre-indications absolues de l'AM du fait du risque accru de transmission à l'enfant. C'est le cas de l'infection par le VIH (dans les pays développés), l'HTLV et le virus Ebola.

En cas de varicelle maternelle, l'allaitement est contre-indiqué si l'infection se déclare 5 jours avant ou 2 jours après la naissance. Dans ce cas, une éviction de 7 à 10 jours est recommandée afin d'éviter le risque de varicelle néonatale.

Enfin, lors d'une infection cutanée du sein par le virus de l'herpès, il est recommandé de ne pas allaiter sur le sein atteint. Le virus se transmet en effet à l'enfant par contact direct avec les lésions. L'infection par les virus des hépatites B et C ne contre-indique pas l'AM (34).

La figure 6 détaille les recommandations concernant l'AM en cas d'infection virale. Excepté les quatre infections virales citées ci-dessus, la poursuite de l'AM est la règle.

CMV	Breastfeeding is accepted [5, 7].
HSV	Breastfeeding is accepted, except if there are herpetic lesions on the breasts [5, 7, 13-16].
VZV	Varicella – breastfeeding is contraindicated if active varicella develops within 5 days prior to 2 days after delivery [5, 7, 21]. Herpes zoster – breastfeeding is accepted, except if there are active lesions on the breasts [7, 17].
HIV-1	Breastfeeding is contraindicated in industrialized countries [5, 7-10].
HTLV-1	Breastfeeding is contraindicated [5, 7].
HCV	Breastfeeding is accepted, except if the mother's nipples are bleeding or cracked [7, 18-20].
HBV	Breastfeeding is accepted if HBV vaccine and immunoglobulin are administered at birth [20, 59].
HAV	Breastfeeding is accepted if appropriate hygiene is ensured. HAV vaccine and immunoglobulin can be administered at birth [11, 20].
HDV	Breastfeeding is accepted if HBV vaccine and immunoglobulin are administered at birth [11].
HEV	Breastfeeding is accepted in asymptomatic mothers. Acutely ill mothers should be discouraged from breastfeeding [11, 66, 67].
EBOV	Breastfeeding is contraindicated. Mother-child separation and airborne and contact precautions are recommended [11, 12].
Influenza	Breastfeeding is accepted [11, 76, 77].
Rubella	Breastfeeding is accepted [11].
ZIKV	Breastfeeding is accepted [83, 84].
DENV	Breastfeeding is accepted [11, 90].
SARS-CoV-2	Breastfeeding is accepted and appropriate hygiene must be ensured [91-93, 100-107].

CMV: Cytomegalovirus; HSV: Herpes Simplex Virus; VZV: Varicella Zoster Virus; HIV-1: Human Immunodeficiency Virus 1; HTLV-1: Human T-Lymphotropic Virus 1; HCV: Hepatitis C Virus; HBV: Hepatitis B Virus; HAV: Hepatitis A Virus; HDV: Hepatitis D Virus; HEV: Hepatitis E Virus; EBOV: Ebola Virus; ZIKV: Zika Virus; DENV: Dengue Virus; SARS-CoV-2: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2.

Figure 6. Recommandations concernant allaitement maternel et infections virales (34)

4.3. Médicaments

Le passage d'un médicament dans le lait maternel dépend de nombreux paramètres pharmacologiques (biodisponibilité, volume de distribution, dose, durée de traitement, pH du milieu, ionisation ou liposolubilité de la molécule...). En pratique clinique, des outils sont disponibles pour guider le praticien dans ses prescriptions comme le site internet du CRAT (Centre de Référence des Agents Tératogènes), qui précise les molécules tolérées ou contre indiquées pendant la grossesse et l'allaitement (35).

Parmi les molécules utilisées en pratique courante, les suivantes sont à éviter en cas d'AM (36):

- Antalgiques : aspirine (risque d'accumulation), codéine, morphine (demi-vie prolongée chez le nourrisson du fait de l'immaturation de son métabolisme),
- Antibiotiques : ciprofloxacine, tétracyclines (risque de coloration des dents de lait), isoniazide (risque carence en vitamine B6),
- Anticoagulants : fluindione (passage dans le lait important),
- Psychotropes : lithium (concentrations sériques équivalentes aux concentrations dans le lait), barbituriques (sédation chez le nourrisson), benzodiazépines (prise ponctuelle tolérée, prise chronique déconseillée), fluoxétine (demi-vie longue, coliques, agitation et diminution de la croissance staturopondérale chez le nourrisson),
- Iode radioactif (insuffisance thyroïdienne).

Dans une classe médicamenteuse donnée, il est préférable d'utiliser le médicament passant le moins dans le lait, sans métabolite actif, à demi-vie courte ou ne s'accumulant pas, et de choisir la voie médicamenteuse provoquant le moins de passage systémique (36).

4.4. Affection maternelle

Une maladie chronique chez la mère ne constitue pas en tant que telle une contre-indication à l'AM. Il convient de s'assurer que les traitements prescrits soient compatibles avec l'AM (4). Dans certains cas, une affection viscérale grave peut être incompatible avec la dépense énergétique supplémentaire consécutive à l'AM (37).

L'abcès du sein contre-indique l'allaitement sur le sein atteint, mais celui-ci peut se poursuivre sur le sein controlatéral (37).

4.5. Affection chez le nourrisson

Chez le nourrisson, la seule contre-indication formelle à la consommation de lait maternel est la galactosémie congénitale. Dans cette pathologie rarissime, tout apport de lactose est interdit, car il ne peut être métabolisé (37).

Certaines pathologies telles que la trisomie 21, la mucoviscidose, l'hypothyroïdie peuvent être des obstacles à l'allaitement au sein, mais la consommation de lait maternel est toujours possible. Il en est de même pour les malformations de la face ou hypotonies musculaires sévères. Ceci est davantage lié à l'absence de bonne coordination succion-déglutition ou à un fonctionnement neuromusculaire altéré (4,37).

V. RECOMMANDATIONS NATIONALES ET INTERNATIONALES

Nous avons vu que l'AM présente des bénéfices pour la santé de la mère et de l'enfant, et peu de contre-indications. En conséquence, l'OMS recommande un AM exclusif jusqu'à 6 mois, puis la poursuite de l'AM jusqu'aux 2 ans de l'enfant en complément de la diversification alimentaire (28,38).

En France, un AM exclusif entre 4 et 6 mois est recommandé. Afin de favoriser l'initiation de l'allaitement et sa durée il est préconisé :

- L'accompagnement des mères par des professionnels de santé,
- L'inclusion des conjoints dans les messages de promotion de l'allaitement maternel,
- De placer le nouveau-né en peau à peau dès la naissance et qu'il puisse bénéficier d'une tétée précoce,
- Qu'il reste à proximité de sa mère 24h/24,
- La promotion d'un allaitement à la demande sans intervalle fixe entre les tétées (4,27).

VI. ACTIONS DE PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) promeut l'allaitement maternel via l'élaboration de recommandations. Citons par exemple le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, qui vise à protéger l'AM en limitant notamment la publicité et le démarchage des mères (39). L'OMS et l'UNICEF ont créé le Collectif mondial pour l'AM qui permet de mobiliser l'appui politique, juridique, financier et public afin de soutenir cette pratique. Enfin, l'OMS a rédigé une Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, dont l'objectif est de promouvoir une alimentation adaptée chez le nourrisson et le jeune enfant (28).

Le Code du travail français comporte des articles de loi permettant de faciliter la conciliation de l'allaitement avec la reprise du travail. La salariée qui allaite son enfant dispose à cet effet d'une heure de pause par jour durant les heures de travail, répartie en deux périodes de 30 minutes. La période où le travail est arrêté pour l'allaitement est définie par accord entre la salariée et l'employeur. Si l'employeur met à disposition un local dédié à l'allaitement, cette période de pause peut être réduite à 20 minutes. Toute entreprise employant plus de 100 salariées a l'obligation légale d'installer dans son établissement ou à proximité des locaux dédiés à l'allaitement (40–43).

Une proposition de loi a été soumise à l'Assemblée Nationale le 9 mars 2021 visant la promotion de l'AM via plusieurs mesures. Elle comporte notamment la condamnation de l'interdiction d'allaiter dans les lieux publics, l'allongement du congé post-natal ainsi que le renforcement de l'information au sujet de l'AM (44).

VII. DONNEES DE LA LITTERATURE SUR FEMMES NULLIPARES ET ALLAITEMENT

Il existe de nombreuses études concernant l'AM chez les femmes enceintes ou ayant déjà eu un enfant, mais très peu sont disponibles concernant les femmes nullipares.

Une étude comparative réalisée en Papouasie Nouvelle-Guinée en 2008 a étudié les différences de connaissances sur l'allaitement maternel entre les femmes nullipares et celles ayant déjà vécu une grossesse. Les patientes interrogées expriment que l'AM est meilleur pour le nourrisson mais ne savent pas pour quelles raisons. Le niveau global de connaissance est mauvais dans les deux groupes. Enfin, la connaissance des lois protégeant l'AM sont plus faibles chez les nullipares (45).

Un travail de thèse réalisé en 2013 a exploré, selon une méthodologie qualitative, les perceptions et représentations des femmes nullipares non enceintes au sujet de l'allaitement maternel. Les résultats ont montré que la décision d'allaiter faisait l'objet de multiples influences extérieures. Les facteurs psychosociaux tels que les représentations, les croyances et le vécu personnel ressortaient comme des critères impactant la décision d'allaiter. Les représentations sociales de l'AM étaient souvent négatives. Le vécu, le fait d'avoir été allaitée

ou de côtoyer des femmes allaitantes ressortaient comme des éléments influençant la décision d'allaiter (32).

Une thèse réalisée en 2014 a étudié les déterminants de la représentation positive et de la bonne connaissance de l'allaitement maternel chez les adolescents. Elle a utilisé une méthode d'étude quantitative avec remplissage d'un questionnaire. Les résultats ont montré qu'il existait un manque de connaissances et de mauvaises représentations de l'allaitement maternel dans cette population, mais qu'il serait possible d'y remédier via des moyens d'information adaptés (46).

Notre étude s'inscrit dans la volonté de compléter les travaux déjà réalisés à propos de l'AM, en se concentrant sur le sous-groupe peu étudié des femmes nullipares et non enceintes.

MATERIEL ET METHODES

I. JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Les travaux étudiant les pratiques ou les connaissances au sujet de l'AM se concentrent majoritairement sur les mères. Il existe peu d'études explorant ce sujet auprès des nullipares (46). Or, le choix du mode d'allaitement se fait majoritairement pendant, voire avant la grossesse (47–49).

Une thèse qualitative a cherché à déterminer les représentations des femmes nullipares au sujet de l'AM en 2013, mais aucune étude plus récente n'a été retrouvée à ce sujet (32).

Par ailleurs, il n'existe pas d'étude quantitative sur les connaissances des femmes nullipares au sujet de l'AM. Réaliser un état des lieux de leurs connaissances constitue par conséquent un travail d'exploration qui permettra ensuite d'identifier les besoins de sensibilisation et d'information des femmes nullipares sur l'AM.

II. HYPOTHESES

Les femmes nullipares ont peu de connaissances sur le sujet de l'AM (32,46). La décision d'allaiter se faisant parfois en amont de la grossesse, ces lacunes pourraient influencer négativement les taux d'initiation d'allaitement au sein. Ceci expliquerait les discordances entre les recommandations nationales et internationales et les taux d'AM observés (5,28,50).

III. OBJECTIFS

L'objectif principal de ce travail est d'explorer les connaissances des femmes nullipares au sujet de l'AM.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer le degré de satisfaction des femmes nullipares sur leurs connaissances de l'AM et de déterminer leurs attentes en termes d'information sur ce sujet.

Le critère de jugement principal est le taux de bonnes réponses au questionnaire proposé.

IV. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

4.1. Étude quantitative

Le choix d'une méthodologie quantitative est lié à la volonté d'explorer le niveau de connaissances d'une population. Il s'agit en effet de la méthode la plus appropriée pour mesurer de manière chiffrée un paramètre dans une population.

4.2. Description du questionnaire et recueil des données

Un questionnaire a été construit en trois parties à partir de l'hypothèse émise et à l'aide de recherches bibliographiques.

La première partie cherche à définir le profil des sondés. Celle-ci recueille de manière anonyme des données sociodémographiques telles que l'âge, la profession, le niveau d'études et la présence d'une formation en santé ou petite enfance, le statut marital, mais aussi des données personnelles comme les antécédents de grossesse, la notion d'allaitement dans leur petite enfance et le contact avec des femmes allaitantes.

La seconde questionne les patientes sur leurs connaissances. Elle expose des affirmations vraies concernant l'allaitement maternel (basées sur les résultats des études cités en introduction). Les patientes devaient indiquer si elles avaient connaissance ou non de ces informations.

Les affirmations (A) sont les suivantes :

- A1) Un bébé nourri au sein présente moins de risque de surpoids et d'obésité quand il grandit.
- A2) L'allaitement maternel diminue le risque de mort inattendue du nourrisson (décès brutal que rien ne pouvait laisser prévoir).
- A3) L'allaitement maternel diminue la fréquence et la gravité des infections chez le bébé.
- A4) Le lait maternel est composé d'éléments anti-infectieux (anticorps, cellules immunitaires).
- A5) La composition du lait maternel évolue avec l'âge de l'enfant.
- A6) La composition du lait maternel évolue au cours de la tétée (composé principalement d'eau et de sels minéraux en début de tétée, puis s'enrichit progressivement en sucre, puis en protéines et lipides)
- A7) L'allaitement maternel diminue le risque de cancer du sein et de l'ovaire chez la mère.
- A8) Le sommeil de la mère qui allaite s'adapte pour être plus réparateur.
- A9) La perte de poids de la mère après l'accouchement est semblable, qu'elle allaite ou non.
- A10) Après la naissance, l'utérus reprend plus vite sa taille initiale lorsque la mère allaite.

- A11) L'Organisation Mondiale de la Santé recommande 6 mois d'allaitement maternel exclusif.
- A12) L'Organisation Mondiale de la Santé recommande de poursuivre l'allaitement maternel jusqu'aux 2 ans de l'enfant en complément de l'introduction d'autres aliments (protéines, légumes, féculents).
- A13) La salariée qui allaite dispose alors d'une heure de pause supplémentaire dans sa journée, celle-ci étant dédiée à allaiter son enfant ou à tirer son lait.
- A14) Selon le code du travail, une entreprise de plus de 100 employés doit fournir une pièce dédiée pour l'allaitement maternel.

La troisième partie du questionnaire consiste en une auto-évaluation des connaissances des patientes. Elle permet d'interroger les patientes sur leur degré de satisfaction et l'origine de leurs connaissances sur l'allaitement maternel, leur désir d'information ainsi que leur aisance pour évoquer ce sujet avec leur médecin généraliste.

Un exemplaire du questionnaire est visible en annexe 1.

V. POPULATION ETUDIEE

5.1. Mode de recrutement

Les patientes interrogées ont été recrutées lors des consultations en présence de l'examineur en cabinet de médecine générale et de gynécologie. Le cabinet de médecine générale se trouvait dans le 5^e arrondissement de Marseille, les cabinets de gynécologie dans le 6^e et dans la commune d'Aubagne.

5.2. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants : femme, majeure, nullipare, résidant ou travaillant dans les Bouches du Rhône, maîtrisant la langue française, consultant un médecin généraliste ou gynécologue en présence de l'examineur.

5.3. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient les suivants : mineure, grossesse en cours, absence de maîtrise de la langue française.

VI. RECUEIL DES DONNEES

Le recueil des données s'est fait par auto-questionnaire distribué en fin de consultation aux patientes répondant aux critères d'inclusion et sans aucun critère d'exclusion. Une explication a été donnée sur le contenu et la durée de passation du questionnaire. Les patientes ont ensuite rempli le questionnaire en salle d'attente immédiatement après la fin de la consultation. Selon l'organisation du cabinet, le questionnaire a enfin été remis à la secrétaire ou déposé dans la salle d'attente. Deux patientes ont renvoyé par mail le questionnaire à l'examineur, manquant de temps pour le remplir en fin de consultation.

VII. METHODE D'ANALYSE DES DONNEES

Le recueil des données a été réalisé de juillet à octobre 2021. Les données ont été saisies dans un tableur informatique (logiciel Microsoft Excel 2010).

Le nombre de réponse affirmatives à la partie II du questionnaire a été transformé en note sur 10. L'affirmation 9 (*La perte de poids de la mère après l'accouchement est semblable, qu'elle allaite ou non*) a été supprimée de l'analyse car elle n'était pas soutenue par un consensus scientifique.

L'analyse statistique a été réalisée par une équipe de médecins de santé publique (Thésaurus), via le logiciel Python (version 3.7).

Pour les analyses descriptives, les variables quantitatives ont été décrites via des moyennes et écarts-types en cas de distribution normale des données, ou via des médianes et intervalles interquartiles en cas de distribution non normale. Les variables qualitatives ont été décrites au moyen d'effectifs et de pourcentages.

Pour les analyses comparatives, un test de Mann-Whitney a été utilisé pour la comparaison de deux moyennes, puisque les variables étaient indépendantes et que la distribution ne suivait pas une loi normale. Une analyse en sous-groupe a été réalisée afin de mettre en évidence les facteurs influençant le niveau de connaissance. Les sous-groupes étudiés étaient : lieu de consultation, statut marital, formation en santé ou petite enfance, allaitement dans l'enfance, femme allaitante dans l'entourage, niveau d'éducation, satisfaction de ses connaissances.

Le seuil de significativité du test est fixé à $p < 0,05$.

RESULTATS

I. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Nous avons recueilli les données de 89 questionnaires.

Comme présenté sur le diagramme de flux (figure 7), sur 90 patientes répondant aux critères d'inclusion, une seule a refusé de répondre au questionnaire par manque de temps. Le taux de participation de notre étude est de 98,8%.

Sur les 89 questionnaires restitués, 2 ont été exclus pour nombreuses réponses manquantes. Ainsi, 87 questionnaires ont été inclus dans l'analyse des données. Parmi eux, 71 étaient complets, 8 présentaient des réponses manquantes dans la partie II et 10 présentaient plusieurs réponses aux questions à réponse unique de la partie III.

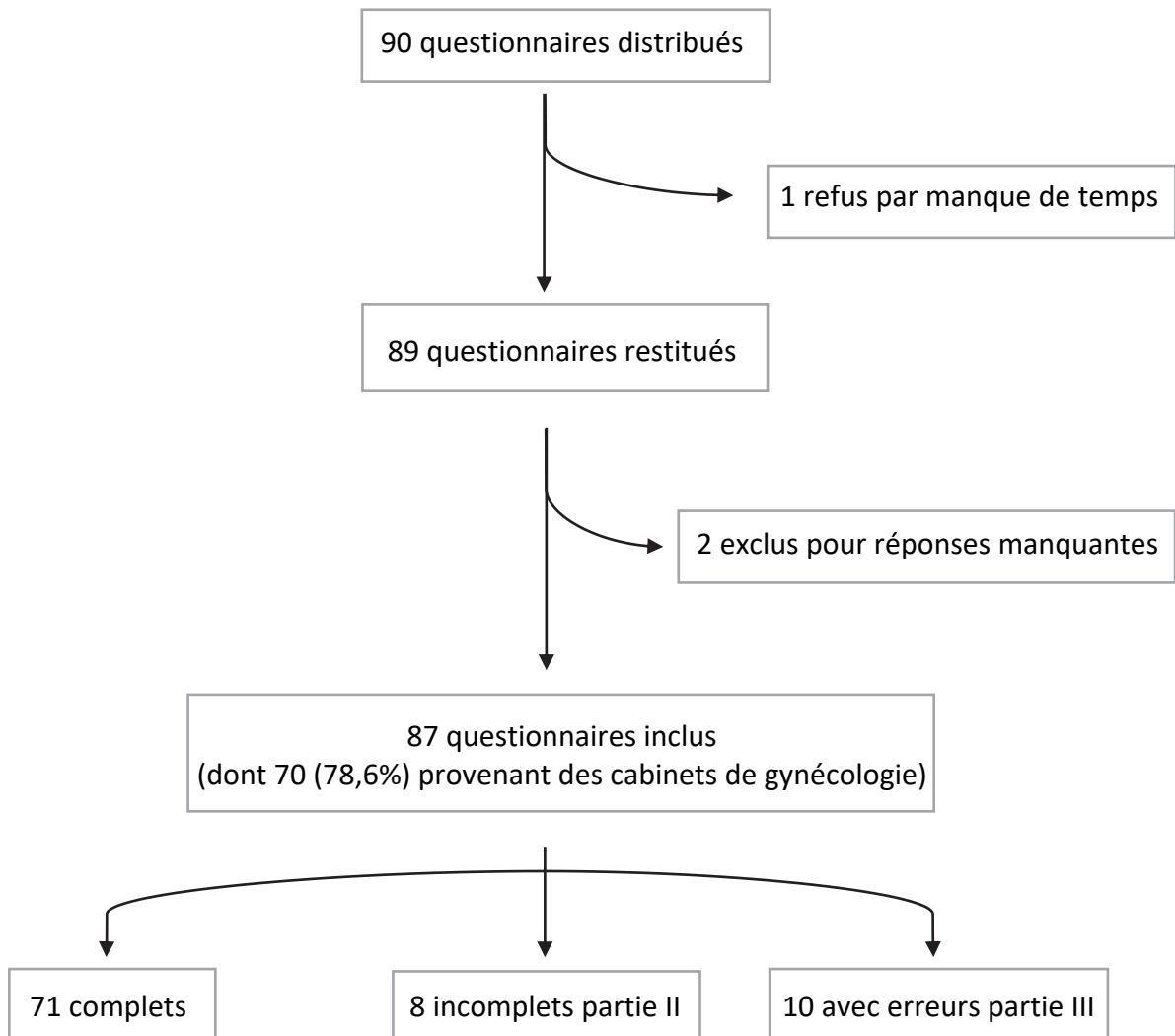


Figure 7. Diagramme de flux

Parmi l'ensemble des questionnaires inclus, 70 (78,6%) ont été recueillis dans le cabinet de gynécologie.

Le tableau 1 détaille les caractéristiques de la population.

L'âge moyen des participantes est de 28,6 ans (8,4).

Caractéristiques	Nombre (%)
<i>Cabinet de consultation</i>	
Gynécologie	70 (80,4)
Médecine générale	17 (19,5)
Âge moyen (ans) (<i>écart-type</i>)	28,6 (8,4)
Niveau d'études	
< bac	4 (4,6)
Bac	21 (24,1)
> bac	60 (69)
<i>Statut marital</i>	
Célibataire	38 (43,7)
En couple vivant séparément	19 (21,8)
En concubinage	22 (25,3)
Mariée	5 (5,7)
Pacsée	3 (3,4)
Formation en santé / petite enfance	29 (33,3)
<i>Projet de grossesse</i>	
Immédiat	32 (36,8)
≤ 2 ans	7 (8)
3 – 4 ans	5 (5,7)
≥ 5 ans	6 (6,9)
<i>Allaitement dans l'enfance</i>	
Oui	32 (36,8)
Non	49 (56,3)
Ne sait pas	6 (6,9)
Femme allaitante dans l'entourage	70 (80,5)

Tableau 1 – Caractéristiques de la population

Vingt-neuf patientes (33,3%) ont bénéficié d'une formation dans le domaine de la santé ou de la petite enfance. Le détail de leur profession est indiqué dans le tableau 2.

Profession	Effectif
Auprès de patients :	16
- Infirmière	7
- Étudiante en santé	4
- Aide-soignante	1
- Psychologue	1
- Kinésithérapeute	1
- Chirurgien-dentiste	1
- Psychomotricienne	1
Auprès d'enfants ou de jeunes enfants	3
Industrie pharmaceutique	2
Domaine différent de leur formation	3
Retraitée auxiliaire puéricultrice	1
Sans emploi	1

Tableau 2 – Profession des femmes ayant une formation en santé ou petite enfance

Les professions des femmes ayant un niveau d'étude inférieur au bac sont les suivantes : deux travaillent ou ont travaillé en crèche, une est agent territorial et la dernière vendeuse.

Les femmes ayant un niveau équivalent au niveau bac sont étudiantes (neuf dont quatre étudiantes en santé ou petite enfance), une aide-soignante, trois travaillent en restauration, deux en esthétique, une est médiatrice sociale, une vendeuse, une secrétaire, une opératrice et deux sont sans emploi.

Parmi les patientes ayant un niveau d'étude supérieur au niveau bac, 19 ont une formation en santé ou petite enfance et 21 exercent dans ce domaine.

Cinquante-neuf femmes (56,2%) vivent une relation de couple.

Trente-deux femmes (36,8%) ont un projet de grossesse dont 11 (12,6%) dans l'immédiat.

Trente-deux femmes (36,8%) déclarent avoir été allaitées dans l'enfance, et 70 (80,5%) avoir déjà été en contact avec une femme allaitante dans leur entourage.

II. ANALYSE DESCRIPTIVE

La deuxième partie du questionnaire comportait des affirmations vraies sur l'allaitement maternel. Les femmes interrogées devaient signaler si elles avaient connaissance de ces affirmations. Le tableau 3 en présente les résultats.

Affirmations	Nombre de réponses « <i>je le savais</i> » (%)
<i>Santé de l'enfant</i>	
A1 : Prévention risque surpoids/obésité	42 (48,3)
A2 : Prévention MIN	25 (28,7)
A3 : Prévention infections	66 (75,9)
<i>Composition</i>	
A4 : Éléments anti-infectieux	76 (87,4)
A5 : Évolution selon âge nourrisson	24 (27,6)
A6 : Évolution en cours de tétée	26 (29,9)
<i>Santé de la mère</i>	
A7 : Diminue risque cancer sein/ovaire	30 (34,5)
A8 : Adaptation sommeil	18 (20,7)
A10 : Involution utérine	24 (27,6)
<i>Recommandations</i>	
A11 : 6 mois AM exclusif	39 (44,8)
A12 : 2 ans AM + diversification	27 (31,0)
<i>Code du travail</i>	
A13 : Adaptation horaires	20 (23,0)
A14 : Locaux dédiés	8 (9,2)

Tableau 3 – Réponses aux affirmations

Les réponses manquantes étaient au nombre de neuf réparties comme suit : trois à l'affirmation « prévention des infections », quatre à l'affirmation « évolution selon l'âge du nourrisson », une à l'affirmation « perte de poids semblable » et une à l'affirmation « locaux dédiés ».

Une note sur 10 a été attribuée à chaque femme reflétant le nombre de réponses « *je le savais* ». La note moyenne est de 3,8 (1,9) et la note médiane est de 3,6 (2,1 – 5,0).

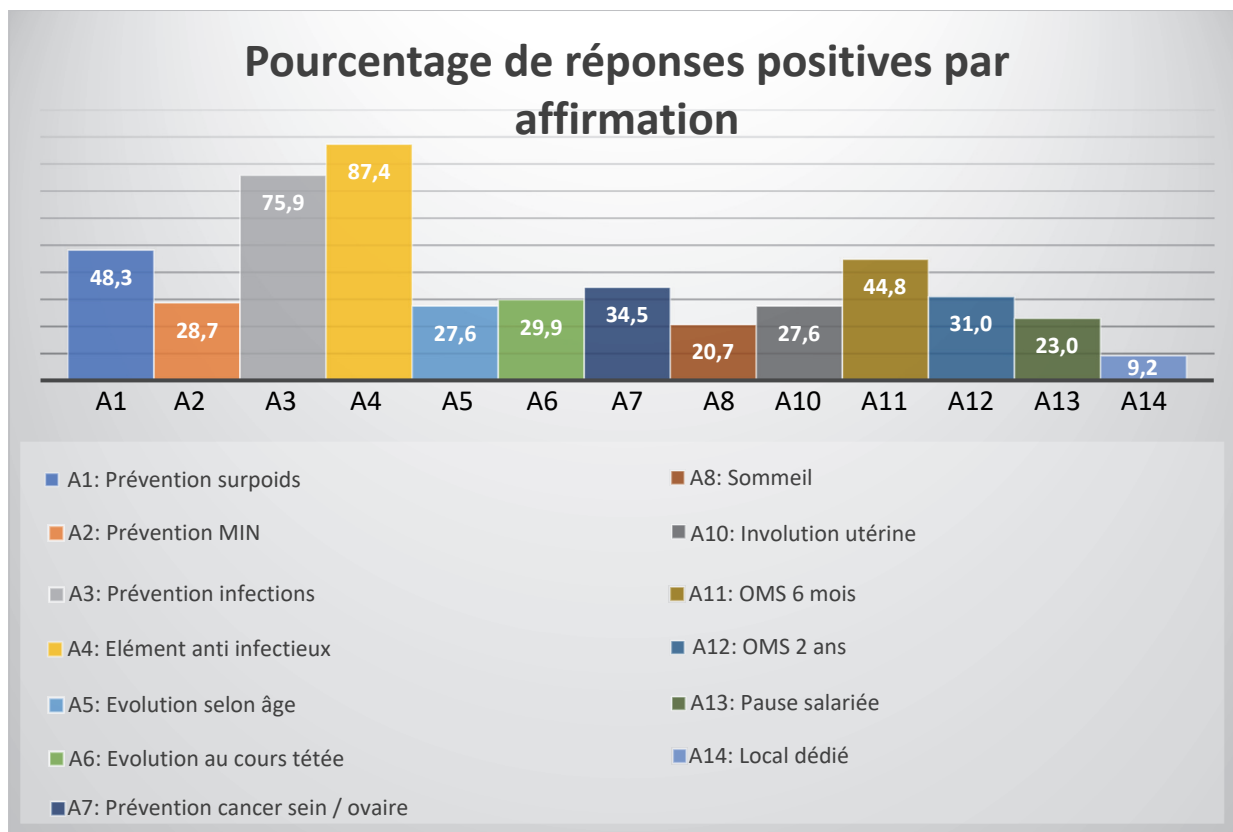


Figure 8 – Pourcentage de réponses positives par affirmation

La figure 8 illustre le pourcentage de réponses positives par affirmation. Nous observons que les connaissances les plus répandues de notre échantillon sur l’AM sont celles liées à la prévention des infections (A3, A4) avec plus de 3 femmes sur 4 répondant positivement. Viennent ensuite les connaissances à propos de la prévention du surpoids (A1) et de la durée recommandée d’AM exclusif (A11). Le taux de réponses positives au sujet des autres affirmations est faible avec un tiers maximum de patientes en ayant connaissance.

La troisième partie du questionnaire a recueilli le degré de satisfaction des femmes à propos de leurs connaissances en matière d’AM. L’autoévaluation sur une échelle de 0 à 10 donne une note en moyenne de 3,8 (2,0), la note médiane étant de 4,0 (2,0 – 5,0). Un désir de plus amples informations concernant l’AM est retrouvé chez 62 (71,3%) patientes. Enfin, 84 (96,6%) patientes ont déclaré être à l’aise pour discuter de l’AM avec leur médecin généraliste.

Le tableau 4 présente les résultats concernant le degré de satisfaction, l’origine des connaissances et les moyens d’information privilégiés des patientes.

	Nombre (%)
<i>Satisfaction</i>	
Très satisfaite	4,0 (4,6)
Satisfaite	32 (36,8)
Insatisfaite	42 (48,3)
Très insatisfaite	9 (10,3)
<i>Origine des connaissances</i>	
Entourage	54 (62,1)
Médias traditionnels (télévision, radio)	5 (5,7)
Milieu médical	4 (4,6)
Recherches personnelles	2 (2,3)
Réseaux sociaux	3 (3,4)
Scolarité	9 (10,3)
Plusieurs réponses	8 (9,2)
Autre	2 (2,3)
<i>Moyen d'information</i>	
Conférences	4 (4,6)
Consultation	15 (17,2)
Interventions milieu scolaire/professionnel	11 (12,6)
Réseaux sociaux	24 (27,6)
Support papier	7 (8,0)
Plusieurs réponses	4 (4,6)
Non concernée	22 (25,3)

Tableau 4 – Degré de satisfaction, origine des connaissances et moyens d'information

La majorité des patientes est insatisfaites de ses connaissances (48,3%). Les connaissances proviennent principalement de l'entourage (62,1%). Nous retrouvons ensuite, dans de moindres proportions, la scolarité (10,3%). Les médias traditionnels (5,7%), le milieu médical (4,6%), les réseaux sociaux (3,4%) ainsi que les recherches personnelles (2,3%) sont plus anecdotiques. Les moyens d'information privilégiés sont les réseaux sociaux (27,6%), la consultation (17,2%), et l'intervention en milieu scolaire ou professionnel (12,6%).

III. ANALYSE COMPARATIVE

		Nombre (%)	Note médiane (/10)	p-value
Cabinet	Gynécologie	70 (80,4)	3,6	0,482
	Médecine générale	17 (19,5)	3,6	
Statut marital	Célibataire	38 (36,6)	3,6	0,849
	En couple	49 (56,3)	3,6	
Formation en santé ou petite enfance	Non	58 (66,6)	2,9	0,024
	Oui	29 (33,3)	4,3	
Éducation	≤ bac	25 (28,7)	4,30	0,032
	> Bac	60 (69)	3,25	
Projet de grossesse	Non	45 (51,7)	3,6	0,887
	Oui	32 (36,8)	3,6	
Allaitement dans l'enfance	Non	49 (56,3)	3,6	0,664
	Oui	32 (36,8)	3,6	
Femme allaitante dans l'entourage	Non	17 (19,5)	2,9	0,263
	Oui	70 (80,5)	3,6	
Satisfaction de ses connaissances	Insatisfait	51 (58,6)	2,90	< 0,001
	Satisfait	36 (41,4)	4,65	

Tableau 5 – Analyse en sous-groupes

Les résultats de l'analyse comparative en sous-groupes sont détaillés dans le tableau 5.

L'analyse en sous-groupe révèle que les femmes se déclarant satisfaites de leurs connaissances ont une note significativement plus haute (4,65/10) que celles se déclarant insatisfaites (2,90/10) ($p < 0,001$).

Nous retrouvons également une note significativement plus haute chez les femmes ayant une formation en santé (4,3/10) par rapport aux autres (2,9/10) ($p = 0,024$).

D'autre part, les femmes ayant un niveau d'étude inférieur ou égal au niveau bac (4,3/10) semblent avoir un meilleur niveau de connaissances que celles ayant suivi des études supérieures (3,25/10) ($p = 0,032$). Devant ce résultat contre-intuitif, nous avons comparé les caractéristiques de ces deux groupes (tableau 6). Il en ressort que parmi les femmes ayant un niveau inférieur ou égal au bac, 40% ont une formation en santé (contre 31% dans le groupe « > bac »), 84% ont déjà eu des femmes allaitantes dans leur entourage (contre 78% dans le groupe « > bac ») et 60% sont en couple (contre 55% dans le groupe « > bac »). Il n'a pas été réalisé d'analyse statistique pour évaluer si les différences entre ces groupes étaient statistiquement significatives.

	Niveau ≤ bac (%) (N=25)	Niveau > bac (%) (N=60)
Age (Moyenne)	26,1	29,7
Désir de grossesse	9 (36)	22 (36)
<i>Immédiat</i>	4 (16)	7 (11)
Femme allaitante dans l'entourage	21 (84)	48 (80)
Formation en santé / petite enfance	10 (40)	19 (31)
En couple	15 (60)	33 (55)

Tableau 6 – Caractéristiques des groupes « niveau d'étude »

DISCUSSION

I. COMPARAISON DES RESULTATS AVEC LA LITTERATURE

1.1. Objectif principal

Nos résultats révèlent un faible niveau de connaissances des femmes nullipares au sujet de l'allaitement maternel, avec une note moyenne de 3,8/10. Les notions les plus connues par ces patientes sont relatives à la protection vis-à-vis des infections et du risque de surpoids et d'obésité. En revanche, les autres bénéfiques pour la santé de la mère et de l'enfant, les recommandations internationales et la législation sont peu connues par l'échantillon étudié.

Nous n'avons retrouvé aucun article évaluant les connaissances des femmes nullipares en France ou à l'étranger dans la littérature. Nous pouvons cependant nous appuyer sur des études réalisées auprès des mères pour comparer nos résultats.

Une étude menée en 2007 à Toulouse par la psychologue Gina Guigui dans un cabinet de pédiatrie a exploré les connaissances des jeunes mères sur l'allaitement. L'hypothèse principale était qu'elles avaient peu de connaissances à propos de l'AM. Les résultats corroboraient cette hypothèse avec des scores de connaissance faibles même chez les mères allaitantes. Quelques réponses se démarquaient de ce constat : les femmes avaient connaissance du fait que le lait maternel est meilleur pour la santé du bébé, que la production de lait par la mère est généralement suffisante pour nourrir le bébé et que la taille des seins n'a pas d'influence sur la quantité de lait produit. Les auteurs préconisent une sensibilisation des jeunes filles et des femmes sur l'AM avant tout projet de grossesse, ce qui leur permettrait de faire un choix éclairé le moment venu (51).

Une étude réalisée en Tunisie montre que les mères avec un taux de connaissance élevé sur l'AM allaitent plus longtemps que celles qui ont un taux de connaissances plus bas (52).

Dans notre travail, l'analyse en sous-groupes révèle que les femmes ayant une formation dans le domaine de la santé et de la petite enfance avaient de meilleures connaissances. Nous n'avons pas retrouvé, dans la littérature, de données à ce sujet. Néanmoins, ce résultat paraît cohérent puisqu'il existe une sensibilisation au sujet de l'allaitement durant ces formations.

Les femmes de notre échantillon ayant un niveau supérieur au niveau baccalauréat ont de moins bonnes connaissances que celles ayant un niveau inférieur ou égal au baccalauréat. Ce résultat est contre-intuitif car nous pourrions nous attendre à l'effet inverse.

Les données d'Ayari et al. lors d'une étude réalisée chez les jeunes mères à la maternité en Tunisie montrent qu'un haut niveau d'instruction est associé à un moins bon niveau de connaissances sur l'AM. Ceci peut être lié au fait que la principale source d'information dans la population tunisienne est l'entourage ou les parents. D'autre part, les femmes ayant eu des

informations de la part de leur entourage sur l'AM ont plus de chances d'avoir un bon niveau de connaissances que celles n'en ayant pas eu (53).

Ces données sont similaires à celles issues d'une étude réalisée en 1996 sur 15 pays en voie de développement : les femmes ayant le plus bas niveau d'étude sont plus à même d'allaiter longtemps que celles ayant un niveau d'étude élevé (54).

Cependant, un mémoire de sage-femme explorant les connaissances des mères allaitantes avant la sortie de la maternité obtient un résultat contraire : les femmes ayant un niveau d'enseignement supérieur au secondaire ont des notes significativement plus élevées (55).

Il convient de noter que la population des pays en voie de développement est différente de la population étudiée dans notre recherche. Dans ces pays, le taux d'analphabétisme est en effet plus élevé qu'en France. Parmi les femmes ayant un faible niveau d'instruction, une partie n'a pas suivi d'études secondaires, ce qui n'est pas le cas de notre échantillon. Ces spécificités de population doivent inciter à la prudence quant à l'extrapolation des résultats à notre échantillon.

L'étude des différences entre les caractéristiques des sous-groupes « niveau \leq bac » et « niveau $>$ bac » montre une proportion plus importante de femmes ayant suivi une formation dans le domaine de la santé ou de la petite enfance dans le groupe « niveau \leq bac ». Or, nous avons trouvé que les femmes ayant suivi ce type de formation ont de meilleures connaissances globales sur l'allaitement. Ceci pourrait donc constituer un facteur de confusion.

La présence d'un potentiel facteur de confusion et l'absence de concordance des données dans la littérature à propos de l'influence du niveau d'étude sur les connaissances en matière d'allaitement doit inviter à réaliser une nouvelle étude de plus grande ampleur ainsi qu'une analyse multivariée pour déterminer l'impact exact de ce paramètre.

1.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient d'identifier l'origine des informations concernant l'AM, ainsi que les attentes des femmes nullipares à propos de l'information sur l'AM.

Nos résultats indiquent que les femmes sont plutôt insatisfaites de leurs connaissances et les trouvent systématiquement faibles. Elles ont une bonne perception de leur niveau de connaissance puisque la note de l'autoévaluation est superposable à la note aux affirmations. La plupart des femmes interrogées souhaite avoir de plus amples informations sur l'allaitement maternel. Elles se déclarent à l'aise pour aborder ce sujet avec leur médecin généraliste.

Pour mieux évaluer le niveau de satisfaction à la suite de l'acquisition de nouvelles connaissances, notre questionnaire de satisfaction pourrait être utilisé en pré et post-test d'un questionnaire d'affirmations plus complet.

Les connaissances proviennent très majoritairement de l'entourage, et dans une moindre mesure de la scolarité. Les moyens d'information préférés sont les réseaux sociaux, devant la consultation médicale et les interventions en milieu scolaire ou professionnel.

L'étude de la psychologue Gina Guigui a montré que les sources d'information chez les mères étaient principalement les séances de préparation à la naissance (51%), puis par ordre décroissant les lectures personnelles (49%), le pédiatre (41%), l'entourage (20 à 32%), le gynécologue (13%) et le généraliste (5%). Ceci diffère de nos résultats où l'entourage et la scolarité sont majoritaires. Cette différence pourrait être liée au fait que les femmes nullipares ne sont pas au fait du suivi prénatal et ne savent pas qu'il existe des cours de préparation à la naissance. A l'inverse, les mères ont beaucoup de contacts avec le milieu médical en pré et post-natal, ce qui en fait un interlocuteur privilégié notamment lors des questionnements sur l'allaitement. Leurs réponses au sujet des sources d'information souhaitées citent majoritairement le milieu médical via les cours de préparation à la naissance, le pédiatre ou le gynécologue. Viennent ensuite les émissions médicales ou de vulgarisation scientifique. Les réseaux sociaux ne sont pas mentionnés. L'étude date de 2007 soit avant l'explosion des réseaux sociaux et des activités en ligne, ce qui peut expliquer l'absence de cette proposition dans les sources d'information. Le milieu médical est peu évoqué par nos patientes, il paraît par conséquent peu pertinent de s'adresser aux nullipares via ce mode de communication (51).

La sociologue Séverine Gojard met en évidence un mode de transmission différent selon le milieu social : les connaissances dans les milieux populaires proviennent beaucoup d'un savoir-faire familial, tandis qu'elles émanent majoritairement du corps médical dans les milieux de diplôme plus élevés (56).

D'après Zhang et al., le niveau de connaissances sur l'AM est le facteur influant le plus chez les mères sur le choix d'AM exclusif (57). Dans l'étude d'Ayari et al., le choix du mode d'allaitement a été effectué avant la conception dans 55,3% des cas (53). Ces données combinées au faible niveau de connaissances des femmes nullipares et des jeunes mères nous montrent l'importance d'une sensibilisation à l'AM avant même la conception.

Dans notre étude, les réseaux sociaux ressortent comme source d'information préférée pour 27,6% des femmes. Une récente revue de la littérature indique que chez les adolescents et jeunes adultes, l'usage des réseaux sociaux à visée informationnelle est courant. L'utilisation pluriquotidienne des réseaux sociaux s'exerce majoritairement via le smartphone, les informations obtenues sont décrites comme plus personnalisées par les personnes interrogées (58). Un travail de thèse réalisé auprès de collégiens ou lycéens indique que ces populations utilisent majoritairement les réseaux sociaux pour les loisirs, mais également pour s'informer à propos des actualités ou sur des sujets qui les intéressent (59). Ng et al. ont toutefois montré la mauvaise qualité de l'information médicale délivrée sur les réseaux sociaux (60).

Lors de recherches d'information sur les réseaux sociaux (Instagram et Facebook), nous avons pu retrouver des discours extrêmes sur l'allaitement. Certaines personnes propagent de fausses croyances ou s'appuient sur des études de mauvaise qualité pour asseoir leurs propos. Elles dépeignent parfois l'allaitement comme une obligation d'être à la disposition de son

enfant, à toute heure du jour et de la nuit, quel que soit son âge, au détriment de la santé physique et mentale de la mère. Ces discours culpabilisants peuvent avoir un impact négatif sur le projet d'allaitement des femmes, mais également sur la santé des mères allaitantes.

Ces constats amènent à penser que la diffusion de l'information via les réseaux sociaux paraît pertinente, puisque facile d'accès et recherchée par une grande partie de la population cible. Cela nécessiterait cependant une réelle vérification de l'information diffusée, voire une certification de l'information via des instances officielles.

Le site internet « mpedia » a été créé par l'Association Française de pédiatrie dans le but de rendre accessibles au public une information de qualité concernant les spécificités de l'enfant. Il est soutenu par Santé Publique France et dispose du Label « Qualité Aide en Santé » qui garantit la qualité des informations diffusées. Les instances partenaires de ce site sont l'Assurance Maladie, le ministère de la santé, les collèges nationaux de pédiatrie et de gynécologie. Les articles publiés sont émis par une communauté de 160 experts et validés par un comité scientifique (61). L'accessibilité et la véracité des données diffusées sur ce site en font un outil d'intérêt à destination du grand public.

Enfin, la grande majorité (96,6%) des femmes interrogées disent se sentir à l'aise pour évoquer l'AM avec leur médecin généraliste. En pratique, ce sujet est peu évoqué par les femmes enceintes avec leur médecin. Néanmoins, il est le premier praticien consulté lors des difficultés d'allaitement en post partum (62). Dans son travail de thèse, le Dr Pi-Pelorce a relevé que le médecin généraliste était vu comme un intervenant secondaire au sujet de l'allaitement. Pourtant les mères étaient favorables à la mise en place d'une consultation de suivi de l'allaitement par le généraliste, s'il était le médecin traitant de l'enfant (63). A la lumière de ces travaux, il paraît important que le généraliste ait conscience de la place qu'il peut occuper lors du suivi des femmes allaitantes. Si l'information des femmes sur l'AM en l'absence de projet de grossesse semble peu adéquate, la diffusion d'informations auprès des femmes en désir de grossesse serait en revanche judicieuse. Dans ce cadre, le médecin généraliste dispose effectivement d'un rôle majeur d'information et de prévention. D'ailleurs, la formation initiale des médecins généralistes comporte un module permettant de les sensibiliser au suivi périnatal et à l'allaitement.

II. FORCES DE L'ETUDE

Très peu d'études ont été publiées sur le thème des connaissances des femmes nullipares en matière d'allaitement maternel. La plupart des données sur le sujet concerne les femmes enceintes ou les jeunes mères. Notre étude permet de faire un premier état des lieux des connaissances des femmes nullipares.

Notre recherche a rencontré un bon taux de participation, ce qui pourrait être lié à la rapidité de passation du questionnaire. D'après les données sur les caractéristiques de la population, l'échantillon était varié. Il en découle une bonne représentativité de la population cible ainsi qu'une bonne validité externe (notre étude pouvant être reproduite dans la population).

Lors de l'analyse des données, nous avons retrouvé une p value très inférieure au seuil de significativité pour le sous-groupe « satisfaction de ses connaissances ». Ceci renforce l'association entre le niveau global de connaissances et le niveau de satisfaction sur celles-ci. Il est alors possible d'envisager une réelle corrélation entre ces deux paramètres.

III. LIMITES DE L'ETUDE

Nous avons choisi de réaliser un questionnaire court pour une meilleure acceptabilité par les patientes en fin de consultation, ce qui confère à notre étude un manque d'exhaustivité sur les sujets abordés.

Nous n'avons recueilli que 90 questionnaires dont 87 ont pu être inclus. La faible taille de notre échantillon limite par conséquent la puissance statistique de notre étude.

Lors de l'exploration de l'origine des connaissances, le milieu professionnel ne faisait pas partie des réponses proposées. Puisqu'un tiers de notre échantillon avait une formation en santé ou petite enfance, il aurait été intéressant de l'insérer dans le questionnaire afin de différencier plus précisément l'origine des notions sur l'AM.

De nombreux sous-groupes ont été analysés, majorant le risque de conclure à tort à une différence significative (risque alpha).

Tous les facteurs de confusion n'ont pas pu être contrôlés ce qui diminue par conséquent le niveau de validité interne de notre étude.

CONCLUSION

Ce travail montre que les femmes nullipares détiennent peu de connaissances à propos de l'allaitement maternel. Ce constat est concordant avec les quelques études retrouvées sur le sujet. La décision du mode d'alimentation du nouveau-né se dessinant pendant la grossesse voire avant la conception, il serait important d'informer au mieux les femmes nullipares afin qu'elles puissent décider de manière éclairée.

Notre analyse en sous-groupe révèle que les femmes ayant un niveau d'étude inférieur ou égal au baccalauréat, une formation en santé ou petite enfance et se déclarant satisfaites de leurs connaissances ont un meilleur niveau d'information. Certaines données de la littérature vont dans le même sens en expliquant ce phénomène par la transmission familiale du savoir, tandis que d'autres décrivent l'inverse. Une étude auprès d'un plus grand nombre de patientes permettrait de déterminer s'il s'agit d'un phénomène reproductible ou s'il existe un facteur de confusion dans notre étude tel que la formation en santé ou petite enfance.

Les femmes interrogées dans notre étude disent souhaiter avoir de plus amples connaissances à propos de l'AM, principalement via les réseaux sociaux et en consultation. Les réseaux sociaux se révèlent être une source d'information plébiscitée par les adolescents et jeunes adultes. Peu d'études ont été réalisées à ce sujet, notamment à propos de l'usage de ces derniers à des fins d'information médicale ou de prévention. De nombreux comptes de professionnels de santé diffusent des informations de qualité sur les réseaux sociaux, mais il est difficile pour le grand public de faire la différence entre fausses informations et contenu validé scientifiquement. Analyser l'usage et le degré d'adhésion au contenu diffusé sur les réseaux sociaux pourrait permettre de mieux cerner ces aspects afin de dessiner les contours de la prévention via ce média.

Les patientes interrogées rapportent être à l'aise pour discuter de l'AM avec leur médecin généraliste, ce qui le place au cœur de ce sujet. Aussi la consultation médicale ressort-elle comme moyen d'information retenu par une partie des femmes nullipares. La prévention fait en effet partie intégrante du champ de compétence de la médecine générale. Des consultations pour information et suivi de l'allaitement peuvent être réalisées par le médecin généraliste. Cependant, ces consultations requièrent une durée plus longue que les consultations « classiques » et il n'existe pas à ce jour de cotation dédiée aux consultations d'allaitement. Les médecins généralistes pourraient sans doute s'impliquer davantage dans cet accompagnement s'il existait une meilleure valorisation financière de ce temps de consultation.

Notre échantillon regroupe seulement 87 patientes. Afin d'avoir une meilleure puissance statistique, il semblerait judicieux de faire une étude auprès d'un plus grand nombre de sujets. Une exploration plus complète des différents aspects de l'AM permettrait d'affiner le niveau de connaissances des femmes nullipares. Ceci pourrait aider à mieux cerner les lacunes de ces patientes dans le but d'améliorer les informations à leur transmettre.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rollet C. Histoire de l'allaitement en France: pratiques et représentations. Conaître. mai 2006;
2. Dubesset M, Didier Lett et Marie-France Morel, Une histoire de l'allaitement. Clio Femmes Genre Hist [Internet]. 1 mai 2010 [cité 16 janv 2022];(31). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/clio/9730>
3. Didierjean-Jouveau C-S. L'allaitement est-il compatible avec le féminisme ? Spirale. 2003;27(3):139-47.
4. ANAES. Allaitement maternel - Mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. France: ANAES; 2002 mai p. 177.
5. Blondel B, Gonzalez L, Raynaud P. Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements: Situation et évolution depuis 2010 [Internet]. France: INSERM, DRESS; 2016 oct [cité 9 sept 2020] p. 11-2. Disponible sur: http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
6. Lancement de l'enquête Epifane : améliorer les connaissances sur l'alimentation et la santé des « tout-petits » [Internet]. [cité 27 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/lancement-de-l-enquete-epifane-ameliorer-les-connaissances-sur-l-alimentation-et-la-sante-des-tout-petits>
7. Europeristat. Européen Perinatal Health Report [Internet]. Europe: Europeristat; 2010 [cité 10 déc 2020] p. 252. Disponible sur: <https://www.europeristat.com/index.php/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>
8. Kristiansen AL, Lande B, Øverby NC, Andersen LF. Factors associated with exclusive breast-feeding and breast-feeding in Norway. Public Health Nutr. déc 2010;13(12):2087-96.
9. Norvège - Emploi, affaires sociales et inclusion - Commission européenne [Internet]. [cité 19 févr 2022]. Disponible sur: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1123&langId=fr&intPageId=4704>
10. Hofvander Y. Breastfeeding and the Baby Friendly Hospitals Initiative (BFHI): Organization, response and outcome in Sweden and other countries. Acta Paediatr. 2005;94(8):1012-6.
11. Le congé parental en Suède [Internet]. Sweden Abroad. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.swedenabroad.se/fr/ambassade/france-paris/actualités-évenements2/actualités/le-congé-parental-en-suède/>
12. Ibanez G, Martin N, Denantes M, Saurel-Cubizolles M-J, Ringa V, Magnier A-M. Prevalence of breastfeeding in industrialized countries. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. 1 août 2012;60(4):305-20.
13. Theurich MA, Davanzo R, Busck-Rasmussen M, Díaz-Gómez NM, Brennan C, Kylberg E, et al. Breastfeeding Rates and Programs in Europe: A Survey of 11 National Breastfeeding Committees and Representatives. J Pediatr Gastroenterol Nutr. mars 2019;68(3):400-7.
14. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (révision) [Internet]. Luxembourg: European Commission; 2008 [cité 19 févr 2021] p. 82. Disponible sur: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/action3_2004_18_en.print.htm

or http://www.burlo.trieste.it/?M_Id=5/M_Type=LEV2

15. Programme National Nutrition Santé. Allaitement maternel - Les bénéfiques pour la santé de l'enfant et de sa mère. France: Société Française de Pédiatrie; 2005 févr p. 72.
16. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Report Technology Assess.* avr 2007;(153):1-186.
17. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet.* 30 janv 2016;387(10017):475-90.
18. Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics.* juill 2011;128(1):103-10.
19. Horta BL, de Lima NP. Breastfeeding and Type 2 Diabetes: Systematic Review and Meta-Analysis. *Curr Diab Rep.* 14 janv 2019;19(1):1.
20. Zhou Y, Chen J, Li Q, Huang W, Lan H, Jiang H. Association between breastfeeding and breast cancer risk: evidence from a meta-analysis. *Breastfeed Med Off J Acad Breastfeed Med.* avr 2015;10(3):175-82.
21. Babic A, Sasamoto N, Rosner BA, Tworoger SS, Jordan SJ, Risch HA, et al. Association Between Breastfeeding and Ovarian Cancer Risk. *JAMA Oncol.* 1 juin 2020;6(6):e200421.
22. Yan G, Huang Y, Cao H, Wu J, Jiang N, Cao X. Association of breastfeeding and postmenopausal osteoporosis in Chinese women: a community-based retrospective study. *BMC Womens Health.* 13 août 2019;19(1):110.
23. Xiao H, Zhou Q, Niu G, Han G, Zhang Z, Zhang Q, et al. Association between breastfeeding and osteoporotic hip fracture in women: a dose-response meta-analysis. *J Orthop Surg.* 16 janv 2020;15(1):15.
24. Blyton DM, Sullivan CE, Edwards N. Lactation is associated with an increase in slow-wave sleep in women. *J Sleep Res.* déc 2002;11(4):297-303.
25. Honda T. [Breastfeeding Affects the Sleep of Mothers in Postpartum Period]. *J UOEH.* 2018;40(2):191-9.
26. Rini A, Masrul, Roza S. The Effect of Breastfeeding on The Uterine Involution Post Partum Mothers. *World J Res Rev.* janv 2019;8(1):1-3.
27. Chantry AA, Monier I, Marcellin L. Allaitement maternel (partie 1) : fréquence, bénéfiques et inconvénients, durée optimale et facteurs influençant son initiation et sa prolongation. Recommandations pour la pratique clinique. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 déc 2015;44(10):1071-9.
28. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant [Internet]. Organisation mondiale de la santé. 2020 [cité 9 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
29. HAS. Contraception chez la femme en post-partum [Internet]. France: Haute Autorité de Santé; 2019 juill [cité 31 déc 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1369193/fr/contraception-chez-la-femme-en-post-partum
30. Sonigo C, Young J, Binart N. Hyperprolactinémie et infertilité - Approche physiopathologique. *médecine/sciences.* 1 mars 2013;29(3):242-4.
31. Poudel RR, Shrestha D. Breastfeeding for diabetes prevention. *JPA J Pak Med Assoc.* sept 2016;66(9 Suppl 1):S88-90.
32. Seghir N. Perceptions et représentations de femmes nullipares au sujet de l'allaitement maternel: étude qualitative auprès de 12 femmes nullipares du Rhône [Internet] [Thèse

- d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2013. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20090524/2015MFASMA3518/fichier/3518F.pdf>
33. Dorea JG. Maternal Smoking and Infant Feeding: Breastfeeding is Better and Safer. *Matern Child Health J.* 1 mai 2007;11(3):287-91.
 34. Pimentel A, Pissarra S, Rocha G, Guimarães H. How and when maternal viral infections can be a contraindication to breastfeeding: a narrative review. *J Pediatr Neonatal Individ Med.* 1 mars 2021;10(1):e100130-e100130.
 35. CRAT - Centre de référence sur les agents tératogènes chez la femme enceinte [Internet]. [cité 1 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.lecrat.fr/>
 36. Pillon F. Médicaments et allaitement maternel. *Actual Pharm.* 2011;50(506):37-9.
 37. Turck D, Vidailhet M, Bocquet A. Allaitement maternel: les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Arch Pédiatrie.* 2013;20:S29-48.
 38. OMS | Allaitement [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/fr/>
 39. Christelle. Le Code International sur la commercialisation des substituts du lait maternel: les points clés. [Internet]. [cité 25 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.illfrance.org/vous-informer/promotion-et-protection-de-l-allaitement/940-code-commercialisation-lait-artificiel-commentaire>
 40. Article L1225-30 [Internet]. Code du travail. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006900911/
 41. Article R1225-5 [Internet]. Code du travail, R1225-5 mars 7, 2008. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000018537816/
 42. Article R1225-6 [Internet]. Code du travail, R1225-6 mars 7, 2008. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000018537814
 43. Article L1225-32 - Code du travail - Légifrance [Internet]. [cité 14 janv 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006900913
 44. Nationale A. Proposition de loi no 3964 relative à l'allaitement maternel: pour une meilleure sensibilisation et plus d'information [Internet]. 3964. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3964_proposition-loi
 45. Frank D, Ripa P, Vince JD, Tefuarani N. Knowledge and attitudes about infant feeding among nulliparous and parous women in Port Moresby: a comparative study. *P N G Med J.* juin 2008;51(1-2):5-11.
 46. Debruyne-Ramecourt A. Les déterminants de la représentation positive et de la bonne connaissance de l'allaitement maternel chez les adolescents [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2014. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/a22f3920-f438-407c-a065-0e243fbc2ef1>
 47. Branger B, Cebron M, Picherot G, de Cornulier M. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Arch Pédiatrie.* 1 mai 1998;5(5):489-96.
 48. Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major Factors Influencing Breastfeeding Rates: Mother's Perception of Father's Attitude and Milk Supply. *Pediatrics.* 2000;106(5):e67-e67.
 49. Donath SM, Amir LH. Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: a cohort study. *Acta Paediatr.* 2003;92(3):352-6.
 50. Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Guerrisi C, Castetbon K. Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie. Résultats de l'étude Epifane 2012-

2013. [Internet]. France: Institut national de veille sanitaire; 2012 2013 [cité 23 juin 2019] p. 58. Report No.: ISSN : 1956-6964 ISBN : 979-10-289-0198-1. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2016/Alimentation-des-nourrissons-pendant-leur-premiere-annee-de-vie>
51. Guigui G. Connaissances et méconnaissances des mères sur l'allaitement. *Devenir*. 1 sept 2007;19(3):261-97.
 52. Bouanene I, ElMhamdi S, Sriha A, Bouslah A, Soltani M. Connaissances et pratiques des femmes de la région de Monastir (Tunisie) concernant l'allaitement maternel. *East Mediterr Health J*. 16(8):879-85.
 53. Ayari F, Sdiri Y, Cherifi E, Khemiri S, Chourou H, Cheour M, et al. Niveau de connaissance des mères vis-à-vis de l'allaitement maternel à la sortie de la maternité. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie* [Internet]. 6 oct 2021 [cité 30 janv 2022]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718921002476>
 54. Grummer - Strawn L. The Effect of Changes in Population Characteristics on Breastfeeding Trends in Fifteen Developing Countries. *Int J Epidemiol*. 1 févr 1996;25(1):94-102.
 55. Sage L. Connaissances sur l'allaitement maternel des femmes allaitantes avant leur sortie de maternité au CHU Estaing de Clermont-Ferrand [Internet]. 2014 [cité 29 janv 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01095209>
 56. Gojard S. L'alimentation dans la prime enfance: Diffusion et réception des normes de puériculture. *Rev Fr Sociol*. 2000;41(3):475-512.
 57. Zhang Z, Zhu Y, Zhang L, Wan H. What factors influence exclusive breastfeeding based on the theory of planned behaviour. *Midwifery*. 1 juill 2018;62:177-82.
 58. Aillerie C. Pratiques en construction hors de l'école : le cas des usages informationnels des réseaux sociaux numériques (RSN) par les adolescents [Internet]. L'Harmattan; 2019 [cité 30 janv 2022]. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02464145>
 59. Entraygues A. La place des réseaux socionumériques dans la culture de l'information : pratiques prescrites scolaires et pratiques d'information informelles des jeunes dans le second degré [Internet] [phdthesis]. Université Michel de Montaigne - Bordeaux III; 2020 [cité 30 janv 2022]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-03045854>
 60. Ng JP, Tarazi N, Byrne DP, Baker JF, McCabe JP. Scoliosis and the Social Media: Facebook as a Means of Information Exchange. *Spine Deform*. mars 2017;5(2):102-8.
 61. Allaitement, conseils de nos experts pour bien allaiter [Internet]. *mpedia.fr*. [cité 16 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.mpedia.fr/cat-allaitement/>
 62. Gaisnon S. Déterminants de l'allaitement maternel et place du médecin généraliste dans la promotion et la poursuite de l'allaitement [Internet] [Thèse de médecine générale]. [Rouen]: Faculté de médecine et de pharmacie de Rouen; 2017 [cité 30 janv 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01598296/document>
 63. Pi-Pelorce A. Allaitement maternel : quelle relation entretiennent les mères avec leur médecin généraliste ? : étude qualitative auprès de 13 mères de l'Hérault ayant abordé le sujet avec leur médecin [Internet]. 2018 [cité 30 janv 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03211268>

ANNEXES

Annexe 1

Première partie

Age :

Profession :

Diplôme de niveau le plus élevé :

Statut marital :

- Célibataire
- En couple vivant séparément
- En concubinage
- Pacsée
- Mariée
- Veuve

Avez-vous bénéficié d'une formation dans le domaine de la santé ou de la petite enfance ?
Non Oui

Avez-vous déjà été enceinte ? Non Oui

Avez-vous déjà subi au moins une fausse couche ou un avortement ? Non Oui

Si oui combien ? Fausse couche : Avortement :

Avez-vous un projet de grossesse ? Non Oui Je ne sais pas

Si oui dans combien de temps ?

Avez-vous été allaitée ? Non Oui Je ne sais pas

Avez-vous déjà eu des femmes allaitantes dans votre entourage ? Non Oui

Deuxième partie

Nous allons vous présenter une liste **d'affirmations vraies** sur l'allaitement maternel. Pour chacune d'entre elles, précisez si vous en aviez connaissance.

		Je l'ignorais	Je le savais
1	Un bébé nourri au sein présente moins de risque de surpoids et d'obésité quand il grandit.		
2	L'allaitement maternel diminue le risque de mort inattendue du nourrisson (décès brutal que rien ne pouvait laisser prévoir).		
3	L'allaitement maternel diminue la fréquence et la gravité des infections chez le bébé.		
4	Le lait maternel est composé d'éléments anti-infectieux (anticorps, cellules immunitaires).		
5	La composition du lait maternel évolue avec l'âge de l'enfant.		
6	La composition du lait maternel évolue au cours de la tétée (composé principalement d'eau et de sels minéraux en début de tétée puis s'enrichit progressivement en sucre, puis en protéines et lipides)		
7	L'allaitement maternel diminue le risque de cancer du sein et de l'ovaire chez la mère.		
8	Le sommeil de la mère qui allaite s'adapte pour être plus réparateur.		
9	La perte de poids de la mère après l'accouchement est semblable qu'elle allaite ou non.		
10	Après la naissance, l'utérus reprend plus vite sa taille initiale lorsque la mère allaite.		
11	L'Organisation Mondiale de la Santé recommande 6 mois d'allaitement maternel exclusif.		
12	L'Organisation Mondiale de la Santé recommande de poursuivre l'allaitement maternel jusqu'aux 2 ans de l'enfant en complément de l'introduction d'autres aliments (protéines, légumes, féculents).		
13	La salariée qui allaite dispose alors d'une heure de pause supplémentaire dans sa journée, celle-ci étant dédiée à allaiter son enfant ou à tirer son lait.		
14	Selon le code du travail, une entreprise de plus de 100 employés doit fournir une pièce dédiée pour l'allaitement maternel.		

Troisième partie

1) Sur une échelle de 0 à 10, comment situez-vous vos connaissances sur l'allaitement maternel ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2) Êtes-vous satisfaite de vos connaissances sur l'allaitement maternel ?

- Très insatisfaite
- Insatisfaite
- Satisfaite
- Très satisfaite

3) D'où viennent majoritairement vos connaissances sur l'allaitement maternel ? **(1 seule réponse)**

- Scolarité
- Entourage
- Recherches personnelles
- Médias traditionnels (télévision, radio)
- Réseaux sociaux
- Milieu médical
- Autre :

4) Voudriez-vous avoir plus d'informations sur l'allaitement maternel ?

- Non
- Oui

5) Si oui, par quel moyen seriez-vous le plus touchée ? **(1 seule réponse)**

- Consultation
- Support papier (prospectus, brochure)
- Réseaux sociaux
- Conférences
- Intervention en milieu scolaire / universitaire / professionnel
- Autre :

6) Seriez-vous à l'aise pour évoquer le sujet de l'allaitement maternel avec votre médecin généraliste ?

- Non
- Oui

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Objectif : Il existe peu de données concernant les connaissances des femmes nullipares au sujet de l'allaitement maternel (AM). Or le choix d'allaiter a lieu précocement dans la grossesse, voire même avant celle-ci. L'objectif principal est d'explorer les connaissances des femmes nullipares au sujet de l'AM. Les objectifs secondaires sont d'évaluer le degré de satisfaction de ces femmes sur leurs connaissances et de déterminer leurs besoins d'information.

Méthode : Nous avons réalisé une étude quantitative à l'aide d'un auto-questionnaire évaluant les connaissances autour de l'AM et recueillant le niveau de satisfaction ainsi que l'origine de ce savoir. L'analyse statistique a été réalisée en deux volets. Le premier consiste en une analyse descriptive. Une note sur 10 a été attribuée selon le nombre d'affirmations connues par la patiente. Le second est une analyse comparative au moyen d'un test de Mann-Whitney. Une analyse en sous-groupe a visé à mettre en évidence les facteurs influant sur le niveau de connaissance.

Résultats : Les femmes nullipares ont un faible niveau de connaissances puisque la note moyenne est de 3,8/10 (1,9). Les femmes se déclarent majoritairement insatisfaites (48,3%) et souhaitent améliorer leurs connaissances. Les sources principales sont l'entourage (62,1%) et la scolarité (10,3%). Les moyens d'information privilégiés sont les réseaux sociaux (27,6%) puis la consultation (17,2%). L'analyse en sous-groupe révèle une note significativement plus haute chez les femmes satisfaites de leurs connaissances, chez les titulaires d'une formation en santé ou petite enfance, et chez celles dont le niveau d'étude est inférieur ou égal au baccalauréat.

Conclusion : Améliorer le savoir des femmes nullipares à propos de l'AM leur permettrait de faire un choix éclairé pour l'alimentation de leur nourrisson au moment de la grossesse. L'information sur cette thématique pourrait être transmise lors d'une consultation prénatale et constitue l'un des rôles du médecin généraliste. Les réseaux sociaux tiennent également une place non négligeable dans la diffusion d'information auprès des jeunes adultes. Il serait intéressant d'évaluer la place que peut avoir cet outil dans le cadre de la diffusion de données médicales.

MOTSCLES : allaitement maternel, nullipares, connaissances, sources information, médecin généraliste

Objective: There is limited data regarding nulliparous women's knowledge about breastfeeding. However, the choice to breastfeed is made early in the pregnancy, or even before it. The aim of the study is to explore nulliparous women's knowledge about breastfeeding. The secondary objectives are to assess the degree of satisfaction of these women with their knowledge and to determine their information needs.

Methods: We performed a quantitative study using a self-questionnaire. Assertions were proposed about breastfeeding to assess knowledge and to collect the level of satisfaction and the origin of this information. The statistical analysis was carried out in two parts. The first is a descriptive analysis. A score out of 10 was given according to the number of statements known by the patient. The second is a comparative analysis using a Mann-Whitney test. A subgroup analysis was used to identify factors influencing the level of knowledge.

Results: Nulliparous women have a low level of knowledge as the average score is 3.8/10 (1.9). Women are mostly dissatisfied (48.3%) and wish to improve their knowledge. The main sources of information are relatives (62.1%) and school (10.3%). The preferred sources are social networks (27.6%) ahead of consultation (17.2%). Subgroup analysis reveals a significantly higher score among women who are satisfied with their knowledge, those with a health or toddlerhood background, and those with a level of education less than or equal to the baccalaureate.

Conclusions: Improving nulliparous women's knowledge about breastfeeding would enable them to make an enlightened choice about feeding their infants at the time of pregnancy. Information on this topic could be given during a prenatal consultation and is one of the roles of the general practitioner. Social networks also hold a significant place in the spread of information among young adults. It would be interesting to evaluate the place of this resource in the diffusion of medical data.

KEYWORDS: breastfeeding, nulliparous, knowledge, sources of information, general practitioner.