



HAL
open science

État des lieux des connaissances des médecins généralistes des Pays de la Loire sur la prise en charge des problématiques liées à la mise en place de l'allaitement maternel

Lucie Berthomé

► To cite this version:

Lucie Berthomé. État des lieux des connaissances des médecins généralistes des Pays de la Loire sur la prise en charge des problématiques liées à la mise en place de l'allaitement maternel. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03765566

HAL Id: dumas-03765566

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03765566>

Submitted on 31 Aug 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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2022

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Lucie BERTHOMÉ

Présentée et soutenue publiquement le 21/06/2022

**ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DES MEDECINS
GENERALISTES DES PAYS DE LA LOIRE SUR LA PRISE EN CHARGE
DES PROBLEMATIQUES LIEES À LA MISE EN PLACE DE
L'ALLAITEMENT MATERNEL**

Président : Monsieur le Professeur FLAMANT Cyril

Directeur de thèse : Madame le Docteur BOSCHER Cécile

REMERCIEMENTS

Au **Professeur Cyril FLAMANT**, vous me faites l'honneur de présider le jury et d'accepter d'évaluer ce travail. Veuillez recevoir mes sincères remerciements.

Au **Docteur Cécile BOSCHER**, ma directrice de thèse, merci de m'avoir initiée au soutien à l'allaitement maternel lors de mon stage à la maternité et de m'avoir accompagnée tout au long de la réalisation de ce travail.

Au **Professeur Elise LAUNAY**, merci pour vos conseils concernant la méthodologie de l'étude qui m'ont aidée à avancer et d'avoir accepté de juger mon travail.

Au **Professeur Pauline JEANMOUGIN**, je vous remercie de me faire l'honneur de participer à mon jury.

Merci à l'ensemble des équipes médicales et paramédicales des Urgences de La Roche sur Yon, de la Maternité, des Urgences Pédiatriques et de la MPU du CHU Nantes ainsi que du service de médecine polyvalente de Saint-Nazaire pour votre accueil chaleureux et vos enseignements lors de mes différents semestres d'internat.

Merci à Delphine, Jean-Louis et Hervé pour m'avoir fait découvrir la pratique de la médecine générale toujours dans la bonne humeur.

Merci à Hélène et Philippe pour vos conseils précieux, pour le choix de mon orientation professionnelle. Merci de me faire toujours confiance pour prendre soin de vos patients.

Merci à tous mes co-internes d'avoir égayé les longues journées de stage et pour leur soutien lors des moments plus difficiles. Mention spéciale pour la team de Saint-Nazaire, Hannah et Hakim et leur talent de chanteurs.

Merci à Charlotte, mon amie de toujours, nous avons pris des routes bien différentes mais je suis toujours aussi heureuse de te retrouver à chaque fois.

Merci à Marie, pour tout le chemin parcouru depuis notre rencontre le premier jour de la P2, je suis fière de nous.

Merci à mes copains d'Erasmus pour m'avoir fait vivre une année inoubliable ! Merci à Margaux et Paloma de me permettre de prolonger l'expérience depuis 7 ans.

Merci à mes amies d'externat, Emma, Jade, Maeva et Marine pour nos fous rires en stage comme en soirée. J'ai hâte de vous retrouver au complet cet été.

Merci à tous mes copains de l'internat de La Roche pour tous ces bons moments partagés lors de notre collocation puis par la suite à Nantes : Antoine, Anthony, Augustin, Cécile, Driss, Florence, Hugo, Julie, Marion, Maxence, Mélanie, Pauline, Robin, Thomas et mes boys : Nicolas et Romain.

Merci tout particulièrement à mes VP améliorées chéries : Gladys, Lise, Justine et Victoire, pour les innombrables souvenirs.

Merci à mes colloqs de La Roche, Arthur, Claire, Corentin et Naïla, pour le stage de remise en forme et les apéros dans le jardin. Vous m'avez fait terminer mon internat en beauté.

Merci à ma nombreuse famille, pour tous ces rires autour des grandes tablées. A mon pépé, pour son parcours de vie et son humour légendaire.

Merci à mes sœurs adorées et à leur moitié, Pauline pour toutes les aventures partagées aux 4 coins du monde et pour me faire la joie de devenir bientôt tatie, Valentine pour ton soutien précieux lors de notre P1 commune et Marie-Camille pour nos beaux moments de complicité quand nous étions les deux derniers bébés de la maison.

Merci à mes beaux-parents de m'avoir si bien accueillie lors de la D4, toutes vos attentions ont contribué à la réussite de cette année difficile.

Merci à mes parents pour leur amour et leur soutien sans faille.

A ma maman, pour sa générosité, sa tendresse et son courage, tu resteras toujours mon modèle. A mon papa, grâce à qui nous n'avons jamais manqué de rien, merci de nous avoir transmis ton amour de la mer et des belles histoires.

Enfin, merci à toi Aurélien, pour ton amour depuis ces six ans. Merci de me faire rire au quotidien, j'ai hâte de ce que l'avenir nous réserve.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
1 <u>Introduction</u>.....	6
2 <u>Matériel et méthodes</u>.....	8
2.1 Objectif.....	8
2.2 Type d'étude.....	8
2.2.1 Population étudiée.....	8
2.2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	8
2.2.3 Elaboration du questionnaire.....	8
2.2.4 Diffusion du questionnaire.....	9
2.2.5 Méthode statistique.....	9
2.3 Ethique.....	9
3 <u>Résultats</u>.....	10
3.1 Population.....	10
3.1.1 Effectif :.....	10
3.1.2 Caractéristique de la population.....	10
3.2 Résultats de l'étude.....	11
3.2.1 Notes.....	11
3.2.2 Taux de bonnes réponses aux propositions feux rouges.....	12
3.2.2.1 Attitude dans la prise en charge de l'insuffisance de prise pondérale : Question 1 à 6.....	12
3.2.2.2 Attitude dans la prise en charge des crevasses : Question 7 et 8.....	15
3.2.2.3 Attitude dans la prise en charge de l'ictère : Question 1 à 3 du deuxième cas clinique.....	16
3.2.3 Enquête de satisfaction.....	17
4 <u>Discussion</u>.....	18
4.1 Caractéristiques de la population :.....	18
4.2 Résultats.....	18
4.3 Forces et faiblesses de l'étude.....	22
5 <u>Conclusion</u>.....	24
6 <u>Bibliographie</u>.....	25
7 <u>Annexe</u>.....	28
7.1 Annexe 1 : Questionnaire complet.....	28
7.2 Annexe 2 : Effectif de réponse pour chaque proposition.....	33

LISTE DES ABREVIATIONS

CHU – Centre Hospitalier et Universitaire

CNOS – Comportement non optimaux au sein

DES – Diplôme d’Etudes Spécialisées

DU – Diplôme Universitaire

DIU – Diplôme Inter-Universitaire

FMC – Formation Médicale Continue

IMF – Infection Materno-fœtale

INSERM – Institut National de la santé et de la recherche médicale

NFS – Numération Formule Sanguine

OMS – Organisation Mondiale de la Santé

ORL – Oto-Rhino-Laryngologique

SA – Semaine d’Aménorrhée

SASPAS – Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

1 Introduction

L'allaitement maternel est le mode d'alimentation idéal pour le nourrisson.

Ses bénéfices sont maintenant largement prouvés, tant pour le bébé que pour sa mère et sont dépendants de la durée d'allaitement.

Ils sont à présenter aux couples de préférence en amont ou pendant la grossesse pour leur permettre de faire un choix éclairé sur la décision d'allaiter ou non leur enfant.

Pour une durée d'allaitement supérieure à 3 mois, on observe une baisse de l'incidence et de la gravité des infections digestives, ORL et respiratoires.

S'il se prolonge au-delà de 4 mois, l'allaitement maternel exclusif permet de réduire le risque allergique (asthme, eczéma) pendant les 2 à 3 premières années de la vie chez les nourrissons à risque (père, mère, frère ou sœur allergique). Il participe également à la prévention de l'obésité pendant l'enfance et l'adolescence et, arrivés à l'âge adulte, les enfants allaités ont une tension artérielle et une cholestérolémie inférieures à celles des enfants nourris au lait artificiel (1)

Pour que la croissance, le développement et la santé du nourrisson soient optimaux, l'OMS préconise un allaitement maternel exclusif de 6 mois puis sa poursuite jusqu'à 2 ans associé à la prise d'aliments solides. (2)

Le programme national nutrition santé (PNNS) recommande quant à lui « un allaitement de façon exclusive jusqu'à 6 mois, et au moins jusqu'à 4 mois pour un bénéfice santé » (3)

Pourtant la France est un des pays avec le plus faible taux d'allaitement au monde et on constate une chute très rapide du pourcentage d'enfant allaité les premiers mois.

En 2012, l'étude Epifane a ainsi montré que si 3/4 des nourrissons (74%) étaient allaités à la maternité dont 59 % de manière exclusive, ils ne sont plus que la moitié (54 %) à recevoir du lait maternel un mois plus tard, dont seulement 28 % de façon exclusive.

A l'âge de 6 mois, 23 % étaient encore allaités, mais seuls 1.5 % l'étaient de manière exclusive.

Cette même étude retrouve une médiane d'allaitement de 15 semaines tous modes d'allaitement confondus et de 24 jours pour l'allaitement maternel exclusif, témoignant d'un sevrage précoce (4)

Plus récemment, l'enquête nationale périnatale EPOPé réalisée par l'INSERM en 2016, met en évidence une baisse des taux d'allaitement de 66% pour l'allaitement en général contre 68% en 2010, et de 52 % contre 60% pour l'allaitement exclusif.

Ces chiffres étant encore plus bas au sein des Pays de La Loire où les taux d'initiation d'allaitement étaient de 58% tout mode d'allaitement confondus. (5)

Au vu des données à notre disposition, nous constatons donc que nous sommes loin des recommandations de l'OMS, qui a établi comme objectif prioritaire de nutrition en 2012 de porter les taux d'allaitement exclusif au sein au cours des 6 premiers mois de la vie à au moins 50% pour 2025 (6)

Ces chiffres s'expliquent en partie par des facteurs socio-culturels, mais sont aussi le reflet des nombreuses difficultés rencontrées par les femmes au cours de leur allaitement, auxquelles elles ont du mal à trouver des solutions.

En effet, le défaut de soutien en lien avec une méconnaissance du sujet et la variabilité de discours des professionnels de santé, font partis des causes d'arrêt prématuré les plus souvent mis en avant par les mères. (7)(8)

Si les sages-femmes sont les interlocutrices privilégiées des femmes à la maternité et lors des premiers jours de vie du nouveau-né, leur prise en charge ne dépasse généralement pas la deuxième semaine après la sortie de maternité et de nombreuses complications surviennent passer ce délai. Les mères se tournent alors vers d'autres professionnels de santé, en premier vers leur médecin généraliste.

Une étude prospective réalisée en 2013 sur 86 femmes, a montré que tout au long des six premiers mois, la médecine générale reste toujours la spécialité médicale la plus consultée au sujet de l'allaitement maternel.

Et cela s'avérait particulièrement vrai, lors du premier mois qui est le plus pourvoyeur de complications et de sevrage.

C'est en effet, le mois où les mères consultent le plus fréquemment (81% des femmes qui ont rencontré au moins une difficulté) et particulièrement leur médecin généraliste (51,2% des consultations réalisées). » (9)

Les médecins généralistes étaient également les premiers professionnels sollicités dans l'enquête prospective réalisée par Lucie Mariaut-Dinot dans 15 maternités des Pays de la Loire pour son travail de thèse en 2009. (10)

Et cette tendance devrait s'accroître, les médecins généralistes étant souvent amenés à assurer le suivi des nouveau-nés après la sortie de la maternité, lors des consultations du 15^{ème} jour, voire dès la première semaine de vie suite aux sorties précoces.

Ces examens rentrent dans le cadre des 20 examens obligatoires de la naissance jusqu'aux 16 ans de l'enfant, pris en charge à 100 % par la sécurité sociale depuis le 1^{er} septembre 2019.

En mai 2021, un rapport demandé par l'assurance maladie sur l'organisation des soins de santé de l'enfant en France, montrait le rôle prépondérant des médecins généralistes dans la prise en charge pédiatrique, assurant 84% des consultations de ville des enfants de moins de 16 ans.

Dans la catégorie des moins de 11 mois, seules 38 % des consultations étaient assurées par des pédiatres. (11)

Les médecins généralistes ont donc une place centrale dans l'accompagnement des femmes allaitantes, cependant, plusieurs travaux réalisés auprès d'internes ou de médecins généralistes en France comme à l'étranger, montrent qu'ils sont mal formés en matière d'allaitement et peu à l'aise pour conseiller les mères. (7) (8) (10) (12) (13) (14) (15) (16)

Les recommandations en matière d'allaitement se basent pourtant sur des données scientifiques au même titre que dans les autres domaines de la santé avec des compétences à acquérir au cours de la formation médicale.

Ce manque de soutien de la part de leur médecin, ressort bien des entretiens de la thèse de Marie Sandrine Perin Venekas et Charlotte Servillat Magnien, réalisée en 2019 auprès de mères de Haute-Savoie qui déclarent : « le milieu médical n'est pas disponible suffisamment pour aider à passer des caps » , «il faut attendre d'être en difficulté pour avoir des informations » «le milieu médical ne demande pas comment se passe l'allaitement et ne semble pas intéressé par la question», « mon médecin m'a donné peu de réponses ...ma sage-femme m'a mieux répondu» (7)

Au contraire, plusieurs études mettent en évidence qu'un accompagnement adapté contribue à l'allongement de la durée d'allaitement exclusif. (17) (18) (19) (20)

En 2012, un essai contrôlé randomisé réalisé auprès de 231 mères a montré que la réalisation d'une consultation spécialisée dans les 15 jours post-partum, était associée à une prévalence d'allaitement maternel exclusif à la quatrième semaine du post-partum significativement supérieure (17)

Au vu de ces éléments il nous a semblé intéressant de faire un état des lieux des connaissances de la prise en charge des principales problématiques liées à l'initiation de l'allaitement maternel, par les médecins généralistes des Pays de La Loire.

2 Matériel et méthodes

2.1 Objectif

L'objectif de notre étude est de faire un état des lieux des connaissances des médecins généralistes des Pays de la Loire, de la prise en charge des principales problématiques rencontrées par les mères lors de la mise en place de l'allaitement maternel.

2.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, transversale, quantitative de type enquête de pratique.

2.2.1 Population étudiée

La population étudiée est celle des médecins généralistes exerçant en libéral qu'ils soient installés ou remplaçants, dans la région des Pays de la Loire.

2.2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Tous les médecins généralistes ayant rempli le questionnaire dans sa globalité, ont été inclus dans l'étude. Les questionnaires incomplets n'ont pas été analysés.

2.2.3 Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré avec l'aide des Docteurs Cécile BOSCHER et Sandrine BOUDAULT, médecins référentes du lactarium du CHU de Nantes.

Les thèmes abordés ont été choisis en se basant sur les problématiques les plus fréquemment abordées en consultation par les mères lors de l'initiation de l'allaitement le premier mois.

Nous l'avons construit sous forme de deux cas cliniques pédagogiques, chaque question étant accompagnée d'une réponse commentée reprenant les recommandations de prise en charge actuelles. Pour chacun de ces cas, on retrouvait tout d'abord une description de la situation clinique puis une liste de questions avec 5 propositions de réponses possibles notées de A à E, certaines étant considérées comme vraies et d'autres comme fausses.

La version définitive a été relue par deux médecins généralistes installés et deux médecins généralistes remplaçants ainsi que par les Dr BOSCHER et BOUDAULT, pédiatres.

Les deux premières questions s'intéressaient aux caractéristiques de la population étudiée : Sexe et statut de médecin installé ou remplaçant.

Le premier cas clinique était composé de 7 questions à choix multiples et d'une question à réponse unique.

Il était divisé en deux parties : les questions de 1 à 6 concernaient l'accompagnement d'une situation d'insuffisance de prise pondérale chez un nourrisson de 17 jours et les questions 7 et 8 la prise en charge des crevasses.

Le deuxième cas clinique comportait 3 questions à réponses multiples sur la conduite à tenir en cas d'ictère chez le nouveau-né.

La dernière question interrogeait les médecins sur leur ressenti par rapport au questionnaire et en particulier sur son impact potentiel pour leurs futures consultations.

A la fin du questionnaire était mis à disposition un lien vers le livret : « L'allaitement à destination des professionnels de santé du Réseau sécurité Naissance » édité en 2012 et actualisé en 2019 par le réseau sécurité naissance (21) et le numéro de téléphone du lactarium du CHU de Nantes : 02-40-08-34-82.

Le questionnaire complet est disponible en Annexe 1

2.2.4 Diffusion du questionnaire

La diffusion du questionnaire s'est faite par un lien web via le site de sondage drag'n'survey : <https://form.dragnsurvey.com/survey/r/77d797c7>

Le lien est resté actif pendant 4 mois de Novembre 2021 à Février 2022.

Différentes listes de diffusion par mail ont été utilisées :

- Maîtres de stages des universités de l'Université de Nantes encadrant les stages praticiens de niveau 1 et SASPAS (liste de 2021)
- Médecins généralistes exerçant au Centre d'Accueil et de Permanence des soins de Pornic en 2021
- Médecins généralistes installés dans le département de la Vendée par diffusion par le conseil de l'ordre départemental.

Le questionnaire était également disponible sur le site du Conseil Département de Loire-Atlantique dans la rubrique « Questionnaire de thèse ».

Enfin, le lien a été partagé sur le groupe Facebook de la promotion d'internes en médecine générale de 2019-2021 et sur un groupe de médecins lié à la parentalité : « Les mamans médecins ».

2.2.5 Méthode statistique

L'analyse des résultats a été réalisée sur des données quantitatives, les résultats sont donnés sous formes de moyenne avec écart-type, d'effectifs et de pourcentage.

Le traitement des données a été fait à l'aide du logiciel Excel et du site de sondage Drag'n'survey.

Nous avons établi un barème de notation : chaque question était notée sur deux points, exceptée la question 6 sur la prescription du tire lait qui était facultative et proposée uniquement à but pédagogique.

Pour obtenir deux points à la question, il fallait avoir sélectionné toutes les propositions considérées comme valides et ne pas avoir choisi de réponses fausses.

S'il y avait une erreur, le médecin obtenait 1 point.

A partir de 2 erreurs, la note obtenue était de 0.

Certaines propositions étaient également jugées comme indispensables ou au contraire défavorables pour la poursuite de l'allaitement, nous les avons notées dans le questionnaire comme les « Cochées =zéro » (CZ) et les « Non Cochées= zéro » (NCZ), leur sélection ou non entraînant directement un 0 à la question.

Ces propositions indispensables s'apparentent aux « feux rouges » du système de notation en « feux verts/feux oranges/feux rouges » utilisés en pédiatrie dans le cadre de l'enseignement aux étudiants.

Ces notions essentielles ont été sélectionnées avec l'aide du Dr BOSCHER et du Dr BOUDAULT.

Chaque médecin obtenait ainsi une note entre 0 et 20 qui constituait le critère de jugement principal de notre étude.

Nous avons ensuite réalisé la moyenne de l'ensemble des notes obtenues puis nous avons séparé la population en fonction des quartiles.

Nous nous sommes également intéressés au pourcentage de réponses correctes aux propositions « feux rouges » qui reprenaient les notions essentielles à connaître en matière d'allaitement.

Le taux de réponses correctes à ces questions correspondait au critère de jugement secondaire de notre étude.

2.3 Ethique

Les réponses au questionnaire étaient complètement anonymisées.

3 Résultats

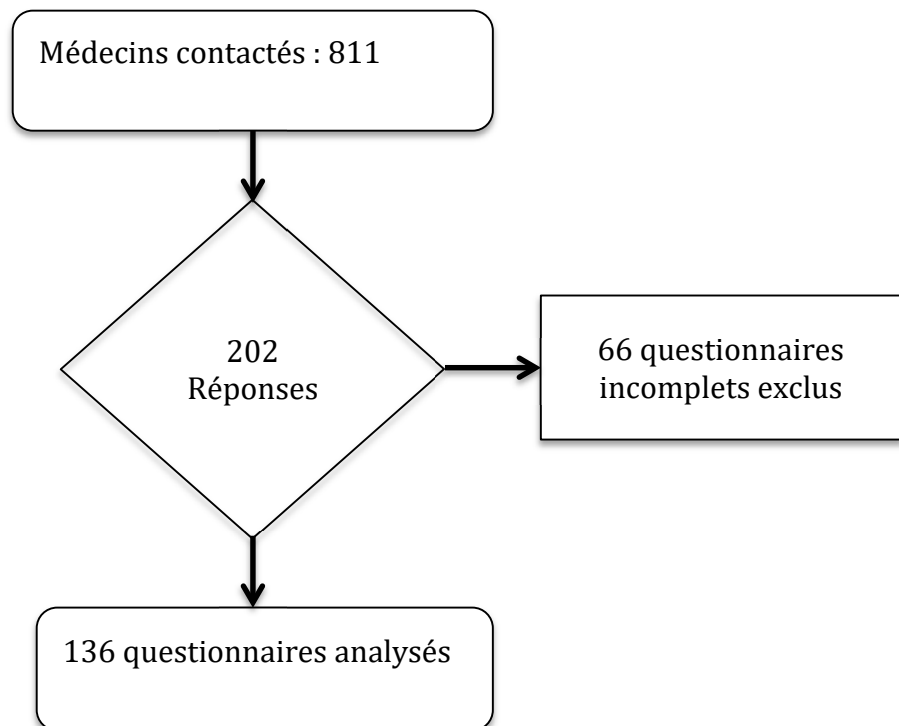
3.1 Population

3.1.1 Effectif :

La population cible de l'étude était les médecins généralistes exerçant en Pays de La Loire. Nous avons joint 811 médecins généralistes par mail et d'autres ont répondu au questionnaire par l'intermédiaire du site du conseil de l'ordre et des différents groupes Facebook où le lien était disponible, il est donc difficile d'avoir un chiffre précis du nombre de médecins ayant eu accès au questionnaire.

Sur l'ensemble de ces médecins, nous avons obtenu 202 réponses dont 136 réponses complètes, soit un taux de complétion de 67 %.

Figure numéro 1 : Flowchart



3.1.2 Caractéristique de la population

Sur les 136 participants, 81 % étaient des femmes (n=110) et 19% des hommes (n= 26).

La majorité des répondants était des médecins installés : 68% (n=93) contre 32% de médecins remplaçants (n=43)

3.2 Résultats de l'étude

3.2.1 Notes

Les notes obtenues sont réparties entre 1 et 18/20. Les effectifs pour chacune des notes sont présentés dans la figure numéro 2.

La moyenne des notes est de 10,9 et l'écart-type autour de celle-ci est de 3,2.

Comme souvent pour ce genre de test, la distribution des valeurs suit une loi normale, nous pouvons en déduire que les deux-tiers des médecins ont une note se situant dans un écart type de la moyenne soit entre 7,7 et 14,1.

Plus précisément, le premier quartile correspond à une note de 9 et le troisième à une note de 13, la moitié des praticiens de l'effectif ont donc reçus une note comprise entre ces deux valeurs.

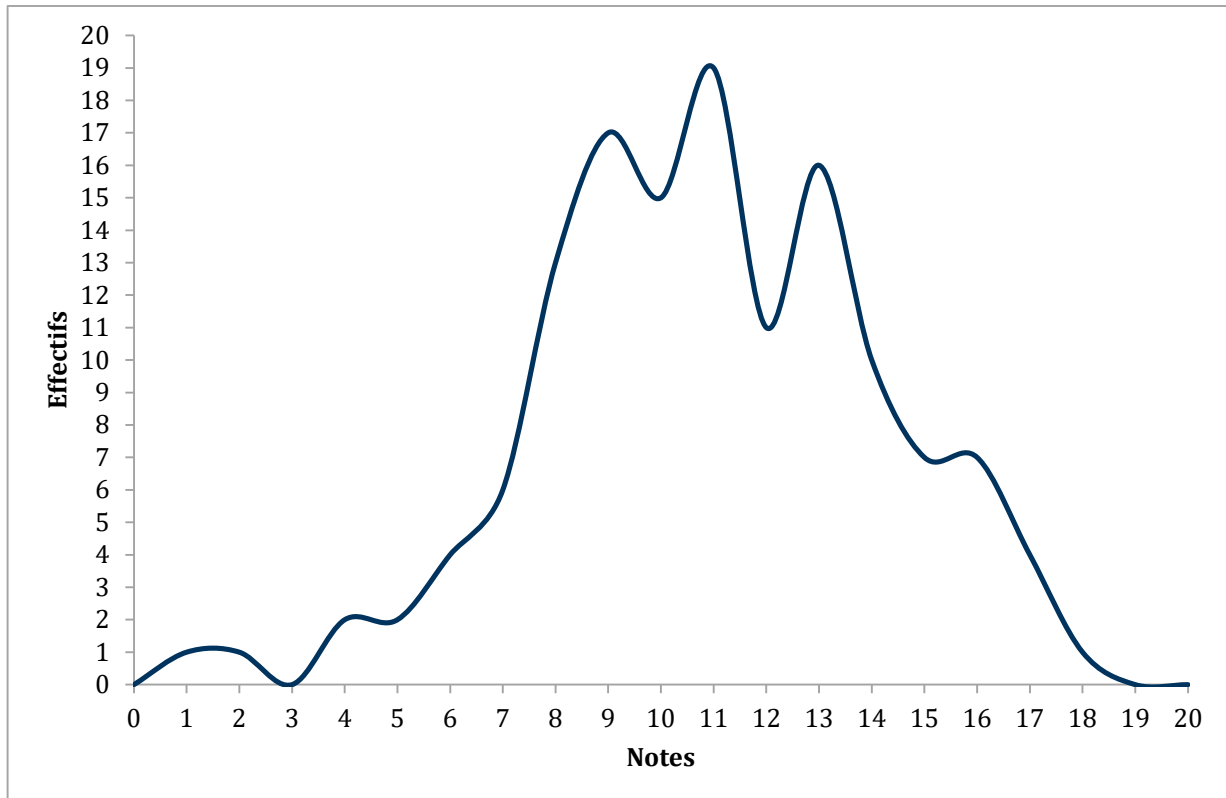


Figure numéro 2 : Effectif pour chacune des notes obtenues de 0 à 20

3.2.2 Taux de bonnes réponses aux propositions feux rouges

3.2.2.1 Attitude dans la prise en charge de l'insuffisance de prise pondérale : Question 1 à 6

Question 1 : La première question interroge les médecins sur les critères permettant de juger de l'efficacité de l'allaitement maternel.

Les deux propositions feux rouges concernaient la prise de poids quotidienne du nouveau-né lors du premier mois.

La réponse attendue était la B : « prise de poids de 25 à 35 g par jour » (NCZ).

Si 3/4 des médecins, 76%, (n=103) ont répondu correctement à la question, ils sont tout de même 15% (n=20) à choisir la réponse A : « prise de poids entre 10 et 20g par jour » (CZ).

La réponse E : « récupération du poids de naissance entre J10 et J15 » était également importante et nous constatons qu'un tiers des médecins ne l'ont pas sélectionnée.

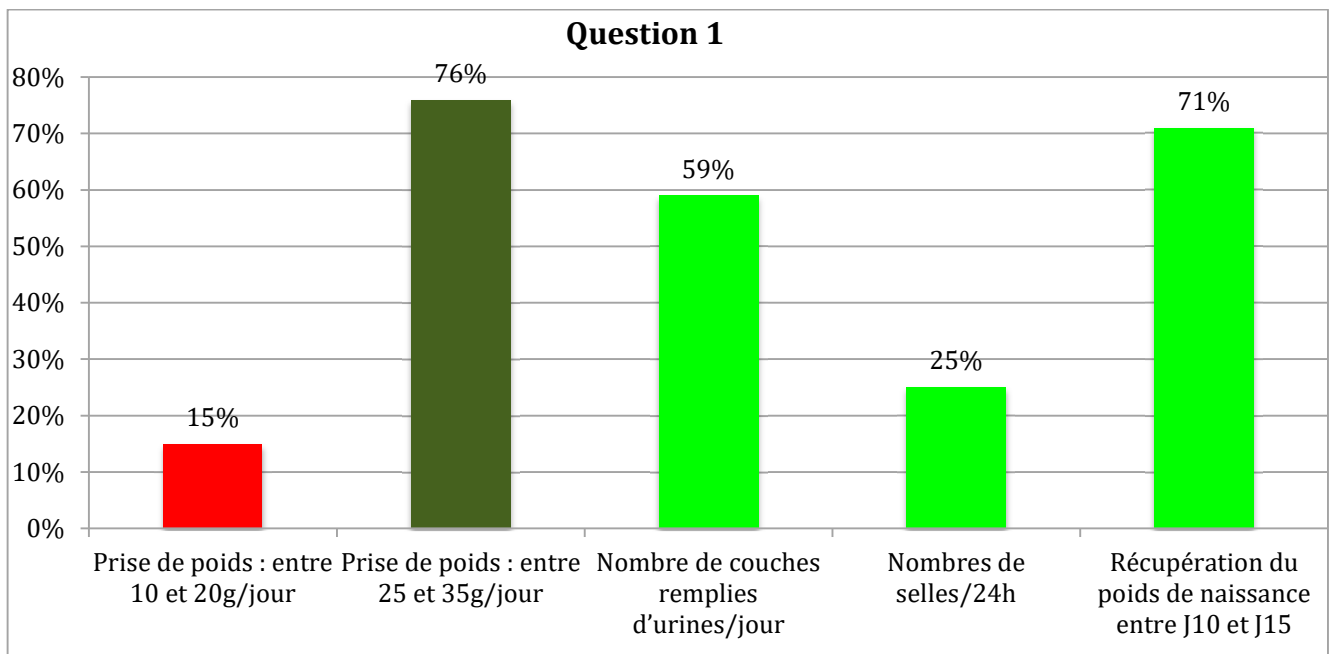


Figure numéro 3 : Répartition des réponses des médecins pour la question numéro 1

Code couleur des différents graphiques :

- Proposition « cochée = zéro »
- Proposition invalide
- Proposition non cochée=zéro
- Proposition valide

Question 2 : Les médecins devaient sélectionner les éléments à rechercher à l'interrogatoire dans cette situation clinique d'insuffisance de prise pondérale.

La question ne comportait pas de propositions feux rouges et toutes les réponses étaient correctes.

Les taux de bonnes réponses sont supérieurs à 90 % pour chaque proposition exceptée la B : « Nombre de tétées la nuit » que seuls 57% des médecins (n=77) ont conservé.

Question 3 : Elle questionnait les médecins sur le nombre de tétées quotidiennes nécessaire à une prise de poids optimale.

La réponse correcte était la E : « Entre 8 et 12 tétées par jour » et moins de la moitié (43% ; n=59) des médecins l'ont choisie.

Si peu de médecins ont sélectionné les propositions fausses (CZ) B : « Entre 2 et 4 tétées » (0%) et C « Entre 4 et 6 tétées » («2%, n=2), ils sont par contre presque la moitié : 43%(n=58) à avoir coché la réponse A : « Il n'y a pas de nombre minimum, l'allaitement se fait à la demande »

La deuxième partie de la proposition est vraie, l'allaitement se fait bien à la demande, néanmoins pour garantir une bonne prise de poids et le maintien de la lactation il est nécessaire de faire au moins 8 tétées quotidiennes efficaces le premier mois.

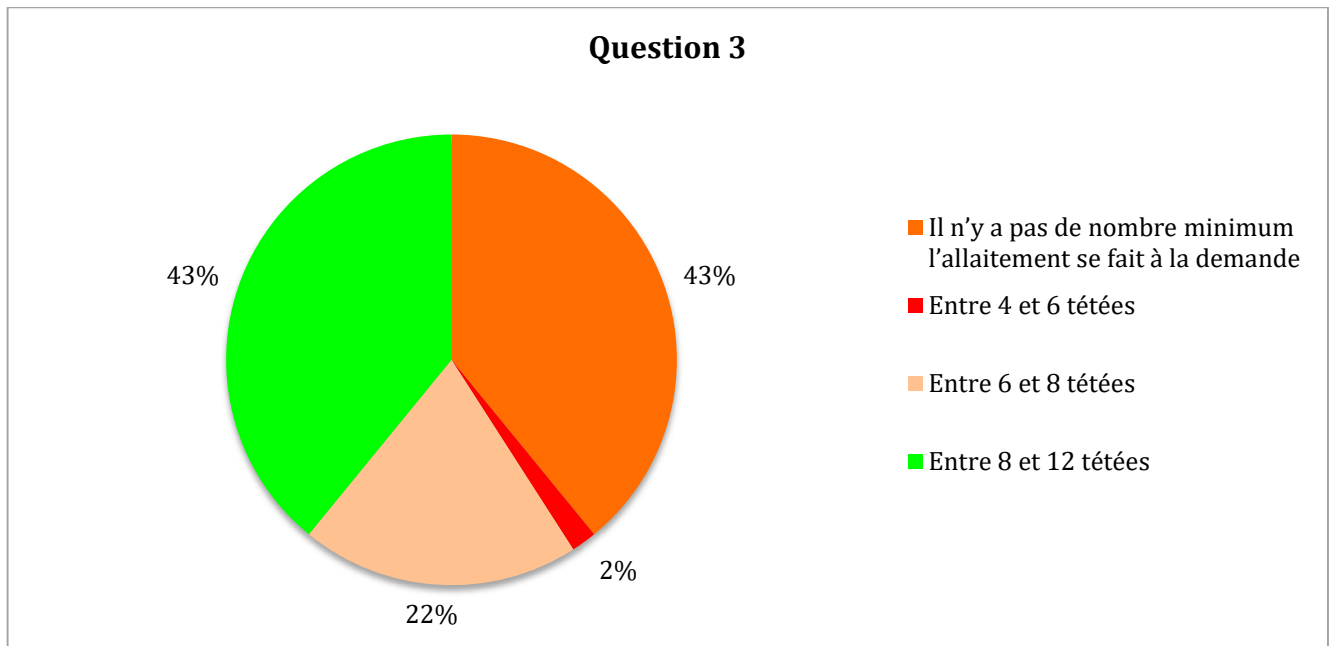


Figure numéro 4 : Répartition des réponses des médecins pour la question numéro 3

Question 4 : On s'intéressait ensuite aux éléments de l'examen clinique à rechercher pour éliminer une pathologie organique expliquant la mauvaise prise de poids.

Toutes les propositions étaient vraies et les réponses A : « Une hyperthermie », B : « Une hypotonie », D : « Un Souffle » et E : « Une abolition des poulx fémoraux » étaient obligatoires (NCZ).

Les médecins y ont dans la majorité bien répondu, 98,5% pour la réponse B (n=134), 87 % pour la réponse D (n=118) et 90 % pour la réponse E (n=123) .

La recherche de l'hyperthermie n'a, en revanche, pas été sélectionnée par 21 médecins soit un taux de réponses correctes de 84,5 % pour la réponse A (n=115).

Les taux de bonnes réponses sont moins bons pour la réponse C « Absence de poursuite oculaire à l'éveil » à 62% (n=84).

Question 5 : Puis, les médecins étaient évalués sur la prise en charge à proposer dans ce contexte.

Les réponses correctes étaient ACE.

S'ils sont 93 % (n=126) à cocher la réponse A : « Augmenter le nombre de tétées », ils ne sont que 39 % (n=53) à garder la réponse C : « Vous mettez en place un tire lait ».

La proposition E « Elle doit vous revoir dans 2 à 3 jours pour un contrôle du poids » était classée dans les feux rouges (NCZ) et n'a pas posé de difficulté aux médecins avec 96 % (n=131) de bonnes réponses.

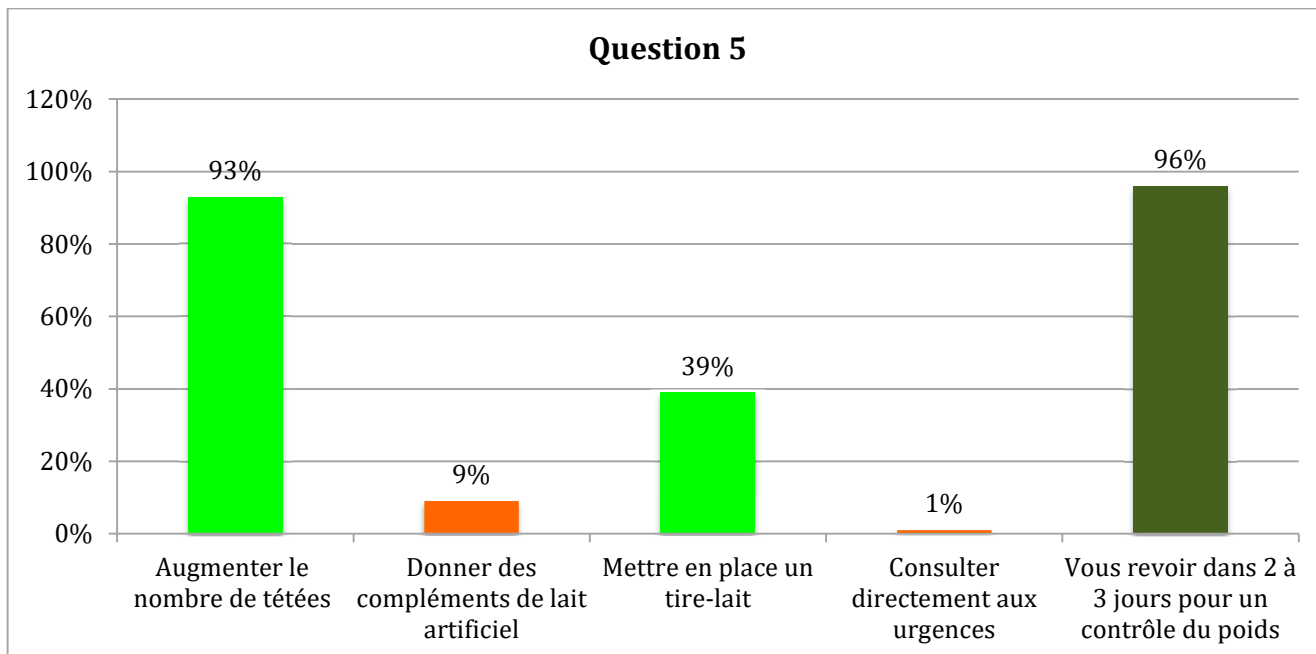


Figure numéro 5 : Répartition des réponses des médecins pour la question numéro 5

Question 6 :

Elle traitait de la prescription du tire lait et était facultative, proposée à visée pédagogique.

Seuls 4 médecins (3%) ont obtenu 2 points à la question en ne sélectionnant que la réponse B : « Vous prescrivez un tire lait électrique à double pompage » qui est par contre choisie par 73,5 % des praticiens (n=100) en tout.

Ils sont 65 % (n=88) à lui « conseiller de tirer son lait après chaque tétée » et 77% (n=105) à « n'inscrire que le nom de la mère sur l'ordonnance »

Pour cette partie, la moyenne des pourcentages d'erreur aux propositions feux rouges est de 10 %, peu de médecin se sont donc trompés sur les notions essentielles à connaître.

Les praticiens ont dans la majorité bien répondu aux questions concernant l'examen clinique et sur la nécessité d'une réévaluation précoce de la situation.

Le pourcentage d'erreur était par contre plus élevé concernant la prise de poids quotidienne nécessaire, ils sont un quart à ne pas sélectionner la proposition « 25/35g jour » et un peu moins d'un tiers à ne pas répondre « récupération du poids de naissance entre J10/J15 ».

De plus, au regard de l'ensemble des questions, nous constatons que peu de praticiens ont proposé une prise en charge adaptée à la situation, moins de la moitié conseille d'effectuer au moins 8 tétées quotidiennes et seuls 39% des praticiens mettent en place un tire lait.

Au total, le pourcentage de médecins ayant sélectionné l'ensemble des propositions correctes à la question 5 reprenant la conduite à tenir est de 29,2% (n=40).

3.2.2.2 Attitude dans la prise en charge des crevasses : Question 7 et 8

Question 7 : Elle demandait aux praticiens de donner l'origine la plus fréquente des crevasses. Une seule proposition était valide, la réponse E : « à une mauvaise position du bébé » et c'est celle choisie la plus largement par les médecins à 88% (n=120). La proposition feu rouge était la C (CZ) : « à des tétées trop fréquentes » et n'a été sélectionnée que par deux médecins (1,5%)

Question 8 : Elle posait la question de l'attitude à adopter face à une crevasse. Les réponses attendues étaient la A : « Vous observez une tétée et lui donnez des conseils sur le positionnement du bébé » la B « Vous mesurez les mamelons pour adapter les téterelles » et la D : « Vous lui conseillez l'utilisation d'un baume cicatrisant adapté à l'allaitement ». Les praticiens ont largement sélectionné les propositions A : 95 % (n= 129) et D : 75 % (n=106). Ils ne sont par contre que 32% (n=43) à proposer de mesurer les mamelons pour choisir la taille des téterelles. La proposition E « Elle peut garder son bout de sein toute la durée de l'allaitement pour éviter la récurrence » était classée parmi les feux rouges car pouvant compromettre la suite de l'allaitement. Elle a été choisie par 31 médecins soit 23% des répondants.

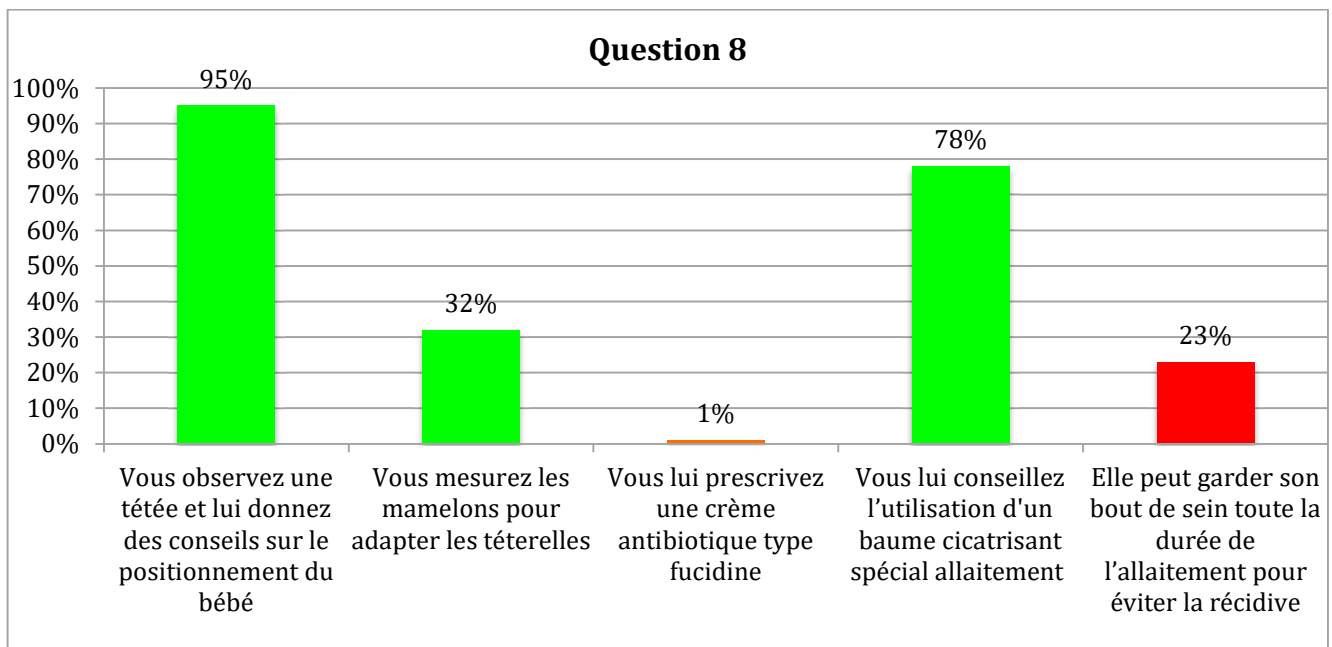


Figure numéro 6 : Répartition des réponses des médecins pour la question numéro 8

Si l'origine des crevasses est bien connue des médecins, ils sont, comme pour la première partie du questionnaire une minorité à proposer une prise en charge idéale dans ce cas. Seuls 19,7 % (n=27) d'entre eux, obtiennent 100 % de réponses correctes pour la question 8 et 23% ont sélectionné la proposition feu rouge : « elle peut garder son bout de sein toute la durée de l'allaitement »

3.2.2.3 Attitude dans la prise en charge de l'ictère : Question 1 à 3 du deuxième cas clinique

Question 1b : La première question s'intéressait aux facteurs de risques d'ictère sévère à faire préciser à l'entretien.

Toutes les propositions étaient exactes et la réponse E : « Couleur des selles et des urines » était obligatoire (NCZ).

Cette proposition feu rouge a été sélectionnée par 96% des praticiens (n=131)

La majorité des praticiens choisissent également la réponse A : « Facteurs de risque d'infection materno-fœtale (IMF) » à 88 % (n=120) et la B « Groupe sanguin de la mère et du père » à 79 % (n=108).

Ils sont en revanche moins nombreux à poser la question de la « Nécessité d'un traitement par photothérapie en maternité », réponse C : 65% (n= 88) ou de l'« Antécédent d'ictère dans la fratrie », réponse D : 70% (n=95)

Question 2b : On demandait ensuite aux médecins les éléments indispensables à rechercher lors de l'examen clinique orientant vers une cause organique à cet ictère.

Les propositions A : « Vous la pesez », B : « Vous examinez le revêtement cutané », D « Vous faites un examen neurologique : poursuite oculaire, tonus axial et périphérique » et E « Vous palpez l'abdomen à la recherche d'une organomégalie » étaient toutes des feux rouges (NCZ).

Les taux de bonnes réponses sont excellents pour ces réponses, on obtient 100 % de bonnes réponses pour la réponse A et E (n= 136), 99 % pour la réponse D (n=135) et 96 % pour la réponse B (n=130).

La réponse : « Vous prenez la température avec votre thermoflash » qui n'était pas valide a été choisie par 97 praticiens soit 71 % de l'effectif.

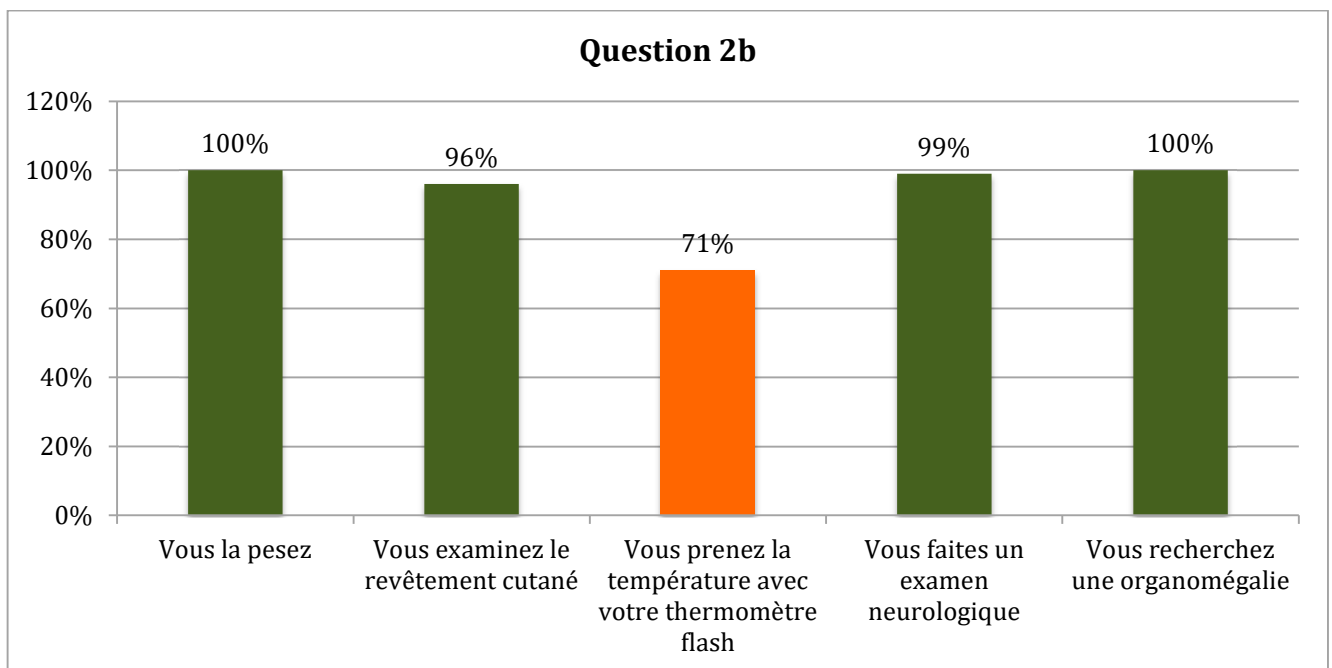


Figure numéro 7 : Répartition des réponses des médecins pour la question numéro 2b

Question 3b : La dernière question interrogeait les médecins sur la prise en charge à adopter dans ce cas clinique.

Les réponses valides étaient la C : « Vous la rassurez, il s'agit probablement d'un ictère par insuffisance d'apport, la D : « Vous lui donnez des conseils pour optimiser son allaitement » et la E : « Vous lui donnez rendez-vous dans 72h pour refaire le point sur le poids et l'ictère »

Les taux de bonnes réponses sont plus faibles pour cette question.

Moins de la moitié des médecins se sont orientés vers l'ictère par insuffisance d'apport, ils sont 38 % à choisir la réponse C (n=50) et 59 % à cocher la réponse D (n=59%).

La proposition E était une proposition feu rouges (NCZ), elle a été sélectionnée par 71 % des praticiens (n= 95).

Le reste des praticiens 28 % ont opté pour la réponse B : « Vous l'adressez aux urgences (n=37)

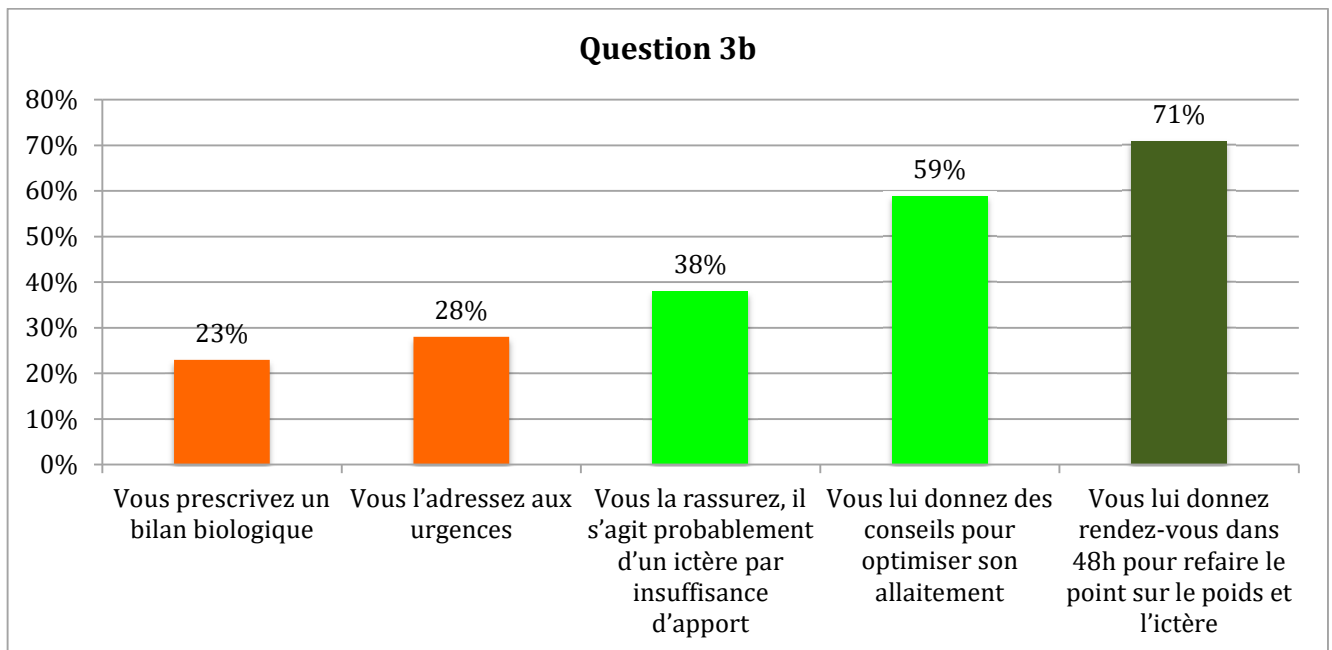


Figure numéro 8 : Répartition des réponses des médecins pour la question numéro 3b

La dernière partie du questionnaire qui s'intéressait à la prise en charge de l'ictère, retrouve la même tendance que les deux premières.

De fait, la moyenne des pourcentages d'erreurs aux propositions feu rouges reste faible à 12 %, même si on note une disparité de réponses entre les 3 questions avec un taux d'erreurs plus élevé à la question trois où 30% des médecins ne proposent pas une nouvelle évaluation du poids à 48h.

Néanmoins, plus de la moitié des médecins interrogés ne proposent pas une prise en charge optimale, ils sont 29,2 % (n=40) à obtenir tous les points à la question 3b.

3.2.3 Enquête de satisfaction

La dernière question interrogeait les médecins sur l'utilité de ce questionnaire dans la prise en charge des situations similaires dans le cadre de leurs futures consultations.

Seuls 5 médecins soit 4% de l'effectif ont répondu qu'ils jugeaient que le questionnaire ne leur serait pas utile pour leur pratique.

Les effectifs de réponse pour chaque proposition sont détaillés dans l'annexe 2

4 Discussion

4.1 Caractéristiques de la population :

Nous avons analysé les réponses de 137 médecins généralistes exerçant en Pays de la Loire à notre enquête de pratique.

En septembre 2020, la région des Pays de La Loire comptait 3730 médecins généralistes. (20)

Parmi l'ensemble des praticiens, la moitié (49%) sont des femmes. Les remplaçants, quant à eux, constituent 18% de l'effectif des médecins.

En comparaison, les femmes sont donc surreprésentées dans notre échantillon : 81 % contre 19% d'hommes. Il en est de même pour le groupe des médecins remplaçants qui constituaient 32% des participants de notre étude.

Le profil des répondeurs était similaire dans l'étude de M. Debusscher, réalisée en 2020 sur la prise en charge des complications locales de l'allaitement maternel par les généralistes des Pays de la Loire où 83% des participants étaient des femmes (13)

Nous n'avons pas la proportion d'hommes et de femmes sollicités pour répondre à notre étude, il est donc difficile de savoir si cette majorité de femme s'explique par une proportion plus élevée dans les médecins contactés, ou par une autre cause, par exemple un attrait plus important pour le sujet de l'allaitement maternel.

4.2 Résultats

La première partie des résultats présentait la distribution des notes obtenues par les médecins.

Nous constatons qu'elle suit une loi normale, la moyenne est de 10,9 et l'écart type de 3,2.

Deux tiers des médecins ont donc reçus une note comprise entre 7,7 et 14,1.

Nous nous sommes ensuite intéressés aux taux de réponses correctes aux propositions « feux rouges ».

Ces propositions concernaient des notions indispensables à connaître pour limiter les risques d'arrêt prématuré de l'allaitement maternel.

Nous constatons que pour les trois parties du questionnaire, les taux de bonnes réponses aux propositions feux rouges sont compris entre 71 et 100 %.

Ces taux élevés sont le reflet d'un bon niveau de connaissances des praticiens interrogés concernant ces notions essentielles.

Trois questions ont néanmoins été moins bien réussies par les médecins.

Il s'agit, tout d'abord, de la question 1 qui traitait de la prise de poids quotidienne attendue du nouveau-né allaité. En effet, 24% des praticiens n'ont pas choisi la proposition correcte « prise de poids entre 25 et 35g » par jour.

Dans la thèse d'A. Mollier réalisée en 2018 évaluant les connaissances des internes nantais sur l'allaitement maternel en se basant sur un système similaire de propositions feux rouges, la question de la prise de poids avait aussi été une des propositions ayant le plus mis en échec les étudiants. (14)

Le taux de bonnes réponses à cette proposition était plus faible que dans notre étude, de 35,2 %.

La thèse de B. Puy-Gratien, réalisée en 2012, qui interrogeait des internes Rouennais, retrouvait un pourcentage de réponses correctes sur ce sujet plus proche de notre travail de 61,5% (16)

La prise de poids quotidienne est pourtant le meilleur reflet de l'efficacité de l'allaitement maternel et sa connaissance par les médecins généralistes est donc primordiale.

Une mauvaise prise pondérale devra conduire à réévaluer les conduites d'allaitement pour corriger les erreurs afin d'éviter un sevrage précoce.

Dans l'étude prospective de M.Wimmer, réalisée en 2014 sur le rôle des médecins généralistes dans la durée d'allaitement en Normandie, sur les 83 femmes ayant terminé l'enquête, 24 d'entre elles avaient arrêté leur allaitement pour ce motif soit 29% de l'effectif. (9)

Cette mauvaise interprétation des professionnels peut, également, dans certains cas induire un sevrage.

En 2007, 33 femmes (20,4%) déclaraient avoir arrêté d'allaiter contre leur volonté dans l'étude de L.Mariau-Dinot réalisée sur le même thème dans la région des Pays de La Loire.

Pour 11 d'entre elle, l'arrêt faisait suite à une raison invoquée par un professionnel de santé dont la principale était une mauvaise prise pondérale. (10)

La question 8, qui abordait la prise en charge des crevasses, a également posé plus de difficultés aux médecins.

Dans notre étude, les praticiens sont 23 %, dans ce cas, à conseiller à la mère de Maxence de garder ses bouts de seins pour toute la durée de l'allaitement.

Les internes nantais sont, quant à eux, 75 % à encourager l'utilisation des écrans pour prévenir leur survenue.

Les crevasses sont une complication fréquente, présentée par les mères le premier mois et sont également pourvoyeuse de sevrage, 38% des femmes déclaraient en avoir souffert dans l'étude de L.Mariau-Dinot et 17% dans l'étude de M.Wimmer.

Une étude récente réalisée en 2021 à la maternité du CHU de Nantes par Cannelle Junot, étudiante sage-femme, montrait que sur les 165 femmes interrogées, 33 présentaient des crevasses à l'initiation de l'allaitement, soit 20 % de l'effectif, parmi lesquelles 6 avaient décidé d'arrêter d'allaiter précocement. (22)

Elles sont le plus souvent liées à un mauvais positionnement du bébé et une correction de celui-ci permet dans la grande majorité des cas leurs disparitions.

Et si les écrans peuvent être utilisés en cas de douleurs intenses pour passer un cap en association avec la prescription d'un tire-lait, ils ne doivent pas être laissés en place car ils diminuent le transfert de lait au nourrisson et la stimulation de la lactation ce qui risque d'entraîner un échec de l'allaitement maternel.

Une étude pilote réalisée en 2011, à Nantes, sur l'incidence des comportements non optimaux au sein (CNOS) des nouveau-nés à terme, a mis en évidence que l'utilisation des bouts de seins multipliait par 8,4 de manière significative le risque de présenter un CNOS.

Or, présenter un CNOS multipliait par 19 le risque de sevrage avant un mois. (23)

Enfin, la question 3b du deuxième cas clinique interrogeait les médecins sur l'attitude à adopter face à un ictère évoluant depuis moins de 7 jours, dans un contexte d'insuffisance de prise pondérale chez un nouveau-né sans facteur de risque d'ictère sévère et avec un examen clinique normal.

La prise en charge idéale consistait à rassurer la mère, à lui donner des conseils pour optimiser son allaitement et à contrôler le poids de l'enfant de manière rapprochée, proposition qui était classée parmi les « feux rouges ».

Les praticiens ne sont que 38% à s'orienter vers un ictère par insuffisance d'apport, ils sont 60 % à la conseiller sur son allaitement et 70 % à prévoir un contrôle du poids.

A l'inverse, plus d'un quart des médecins, 28%, adressent directement l'enfant aux urgences dans ce cas.

Dans l'étude de B. Puyt Gratien, les taux de bonnes réponses sont légèrement meilleurs que dans notre étude pour cette question, 53,8% des étudiant Rouennais rassure la maman sur la bénignité de l'ictère dans une situation similaire.

Une étude réalisée en Iraq en 2020 qui comparait les différences de prise en charge dans l'ictère néonatal entre les médecins généralistes et les pédiatres, a montré que 75 % des médecins généralistes ne suivaient aucune recommandation de prise en charge alors que 100 % des pédiatres les utilisaient. Les généralistes n'étaient, également, que 46% à proposer un rendez-vous de contrôle dans les 48h, là où les pédiatres étaient 91,7% à le faire. (24)

Une étude réalisée au Canada en 2013 sur le même sujet tirait des conclusions similaires, la prise en charge de l'ictère était très variable entre les généralistes et les pédiatres qui suivaient mieux les recommandations. (25)

En analysant de manière globale l'ensemble des réponses au questionnaire, il ressort que les médecins se trompent peu sur les questions concernant la pathologie. Les taux de bonnes réponses concernant les éléments de gravité à rechercher à l'examen clinique (question 4 et 2b) sont bons, supérieurs à 80 %, excepté pour deux points : l'absence de poursuite oculaire à l'éveil qui n'est pas recherché par 39 % des praticiens et la prise de température au thermomètre flash où 70% des médecins se trompent, la méthode de référence chez le nouveau-né étant la prise par voie rectale ou axillaire (26).

De même, les propositions théoriques concernant l'origine des crevasses et les facteurs de risques d'ictère sévère sont globalement maîtrisés. On obtient 88% de réponses correctes à la question 7 et entre 65 et 96% à la question 1b.

Au contraire, les questions pratiques concernant les conduites d'allaitement, ont été moins bien réussies par les médecins.

Ainsi, 44% des praticiens uniquement répondent correctement à la question 3 qui les questionnait sur le nombre de tétées quotidiennes nécessaire à une prise de poids optimale, soit 8 à 12 tétées par jour. Ils ne sont également que 25% à poser la question du nombre de selles quotidiennes pour évaluer l'efficacité de l'allaitement et 58% pour les urines.

Enfin, les questions 5, 8 et 3b interrogeaient les médecins sur la prise en charge à proposer pour chacune des situations présentées : insuffisance de prise pondérale, crevasse et ictère néonatal.

Nous avons calculé le pourcentage de médecins ayant reçu une note de 2/2 à chacune de ces questions qui correspond à une prise en charge optimale.

Les pourcentages obtenus sont faibles de 29,2% (n=40) pour la question 5, 19,7 % (n=27) pour la question 8 et enfin de 29,2 % (n=40) pour la question 3b.

Moins d'un tiers des praticiens proposent donc une prise en charge complètement adaptée dans chacun des cas.

Nous obtenons pour les questions 1 et 8 de meilleurs pourcentages de bonnes réponses que dans les études de thèse d'A.Mollier et de B. Puyt Gratien.

Cela peut s'expliquer par la différence des populations étudiées.

Pour notre travail, nous avons interrogé des médecins ayant fini leur formation, dont une majorité de médecins installés qui ont pu acquérir de l'expérience de par leur pratique quotidienne ou par le biais de formations complémentaires.

Au cours de l'étude réalisée pour la thèse de M. Auclair, chez 135 médecins généralistes des Pays de la Loire, 1/3 déclaraient, en effet, avoir reçu une formation complémentaire après l'internat (15)

Néanmoins, dans l'enquête de M. Debusscher, une durée d'exercice plus longue, supérieure à 5 ans, était associée de manière significative à une moins bonne prise en charge des complications de mastite et d'abcès du sein. (13)

De plus, notre échantillon était composé de plus de médecins de sexe féminin, les femmes constituaient 82% de notre échantillon alors qu'elle représentait 66% de l'effectif pour l'étude de A.Mollier et 63% de celui de B. Puyt-Gratien. (14) (16)

Nous pouvons penser qu'une partie d'entre elles, a fait l'expérience de l'allaitement maternel dans sa vie personnelle.

Or, le fait d'avoir soit même allaité a été montré dans divers travaux comme un facteur associé à une meilleure prise en charge des situations cliniques en rapport avec le sujet.

Une étude canadienne réalisée en 2014, a ainsi montré que le fait d'avoir un enfant allaité était associé à un meilleur niveau de connaissances et de confiance en matière d'allaitement maternel. (27)

On retrouvait également cette association dans les thèses d'A Mollier, de B. Puyt Gratien et de F. Rivière où les médecins ayant eu un enfant allaité, maîtrisaient significativement mieux les notions essentielles à connaître. (14) (16) (28)

A défaut d'obtenir les connaissances nécessaires au cours de leur formation médicale, les médecins semblent donc les acquérir par le biais de leur vie personnelle.

Il aurait pu être intéressant de faire préciser aux répondeurs de notre étude ces caractéristiques pour faire des sous analyses en fonction de la durée de formation reçue et de l'expérience personnelle ou non d'allaitement.

Le mode de diffusion de notre enquête, en ligne, a également pu contribuer à favoriser une meilleure réussite à notre questionnaire en majorant les biais de sélection.

Nous pouvons, en effet, penser que les médecins qui ont pris le temps de répondre au questionnaire sont plus sensibles à la formation médicale continue et plus intéressés par le sujet de l'allaitement.

Dans les divers travaux de thèses sus cités, la diffusion du questionnaire se faisait, en présentiel, lors des journées de formation ou d'examens des étudiants, ce qui favorisait un taux de réponse plus important et minimisait donc ce biais.

En se basant sur les 811 médecins contactés directement par email, le taux de réponses à notre étude était de 17% alors qu'il était de 88,4% toutes promotions confondues pour la thèse d'A.Mollier.

On voit, tout de même, que dans les différentes études, les médecins sont mis en difficultés pour des problématiques similaires.

Les praticiens, sont d'ailleurs le plus souvent conscients de leurs difficultés.

L'insuffisance de prise pondérale (47,8%) et les seins douloureux (51%) constituaient, en effet, les situations pour lesquelles les médecins déclaraient se sentir le plus démunis dans l'étude d'M. Auclair (15).

Actuellement la durée de formation d'un médecin généraliste est de 9 ans.

On peut donc se demander pourquoi à l'issue de ces nombreuses années d'études, les praticiens n'ont pas des connaissances suffisantes pour accompagner les femmes souhaitant allaiter.

La formation médicale initiale s'articule autour de 2 phases : l'externat correspondant au 2^{ème} cycle et l'internat au 3^{ème}.

Lors du deuxième cycle, à partir de la 4^{ème} année, les étudiants prennent comme support d'apprentissage les référentiels de chaque spécialité pour préparer le concours des épreuves classantes nationales. Le programme est donc le même pour toutes les facultés de France.

L'allaitement maternel est principalement abordé dans le référentiel de gynécologie-obstétrique.

On y retrouve quelques notions pratiques mais qui restent insuffisantes.

Les complications potentielles de l'allaitement sont par contre, très développées sans pour autant donner les bons conseils pour prendre en charge ces situations.

Le paragraphe sur les crevasses, notamment, n'expose pas clairement leur origine, liée à la position, et axe le traitement sur les soins locaux.

La formation à l'allaitement maternel au cours du 3^{ème} cycle est variable selon les facultés mais reste également restreinte.

A Nantes, un cours d'une heure sur l'allaitement maternel est dispensé aux étudiants effectuant un stage de pédiatrie au CHU. Ils ont également accès aux consultations du lactarium sur la base du volontariat. A Saint-Nazaire, un cours est également réalisé par une puéricultrice.

Il n'y a, par contre, pas de cours obligatoires pour l'ensemble des étudiants du DES de médecine générale. Certains internes ne reçoivent donc aucune formation spécifique sur le sujet durant l'ensemble du 3^{ème} cycle.

En comparaison, à la faculté d'Angers, les étudiants bénéficient d'un cours de 2h obligatoire composé de cas pratiques, ce qui reste peu pour aborder correctement les problématiques sur le sujet.

La thèse de M. Auclair, réalisée auprès de médecins des Pays de La Loire, mettait en évidence une durée moyenne de formation à l'allaitement maternel au cours du deux et du troisième cycle pour les médecins généralistes thésés entre 1992 et 2017 de 0,79h.

Il y avait tout de même une évolution positive du temps consacré à la formation entre les médecins thésés avant 1992 où elle était de 0,28h et après 2010 où elle était de 1,42h. (15).

Le deuxième cycle est en pleine réforme actuellement qui doit entraîner une réorientation des apprentissages sur les notions essentielles à connaître par tout médecin, en diminuant les enseignements surspécialisés. L'allaitement maternel étant un véritable enjeu de santé publique nous pouvons donc espérer qu'il sera intégré à ce nouveau programme en axant les connaissances sur la physiologie et la conduite pratique de l'allaitement.

Comme décrit précédemment, la formation à l'allaitement maternel est très variable au cours du troisième cycle car l'enseignement dépend de chaque faculté.

Avec l'unification des maquettes de stages au niveau national et l'obligation d'un stage en santé de l'enfant au cours de l'internat, les étudiants seront tous confrontés dans leur pratique à la prise en charge des problématiques liées à l'allaitement.

Il serait souhaitable qu'en parallèle, les facultés organisent des ateliers de mise en situation pratique accessibles à tous les étudiants pour renforcer les notions acquises au cours des stages.

Un autre axe d'amélioration des connaissances peut être la réalisation de formations complémentaires après la fin des études médicales.

Comme dit précédemment, sur les 135 médecins interrogés par M. Auclair, 1/3 seulement des praticiens avaient reçu une formation sur le thème de l'allaitement depuis leur début d'activité, dont les 2/3 d'une durée inférieure à 2h (15).

Dans son rapport : « Plan d'Action : Allaitement maternel » publié en 2010, le Pr Turck faisait de la formation médicale continue une priorité pour favoriser l'initiation et prolonger les durées

d'allaitement. Il proposait la mise en place de formations obligatoires, basées sur des cours étayés scientifiquement, pour tous les professionnels de santé amenés à assurer le suivi de nourrissons.

Il préconisait également de favoriser la collaboration et les échanges entre les différents professionnels de santé pour homogénéiser les pratiques et accompagner au mieux les mères dans leur allaitement (29).

Les modes de formation possible actuellement sont variés : DU de lactation humaine, DIU santé de l'enfant option préventive, Journées allaitement du réseau sécurité naissance à Nantes ou encore séminaire de FMC.

Il serait souhaitable que les praticiens soient encouragés à participer à ces formations et à en développer d'autres dans le cadre de groupes de pairs par exemple.

Enfin, il ne faut pas négliger les outils de formation disponible en ligne, plus facilement accessibles qui sont en plein développement.

Une plateforme internet « Lactaclic » a été mise en service en 2021, elle suit le même principe que d'autres sites internet disponibles pour aider à la prise de décision au cours de la consultation tels que « Gestaclic » ou « Antibioclic », largement utilisés par les médecins.

Son contenu a été créé par des médecins généralistes Stéphanois à partir des recommandations actuelles de prise en charge des problématiques liées à l'allaitement maternel et de revue de la littérature. Il donne accès aux principaux motifs de consultation, disponible en 28 fiches et sera réactualisé de manière annuelle (30).

Au niveau local, le Réseau Sécurité Naissance a organisé un webinaire de formation sur l'allaitement en 2021 destiné aux différents professionnels de santé assurant le suivi des couples mère/enfant.

Nous avons mis à disposition à la fin du questionnaire de thèse un lien vers la plaquette d'information du réseau sécurité naissance à destination des professionnels de santé, il aurait été intéressant de mentionner également cette nouvelle plateforme.

4.3 Forces et faiblesses de l'étude

Notre étude est limitée par un manque de représentativité de notre échantillon.

L'enquête de pratique portait sur l'ensemble des médecins généralistes exerçant dans la région des Pays de La Loire.

Cependant, face à la difficulté de diffusion du questionnaire en l'absence de liste de mail ou de plateforme regroupant tous les praticiens, nous avons eu principalement accès aux médecins des départements de la Vendée et de la Loire-Atlantique.

Sur l'ensemble des médecins que nous avons réussi à contacter, le taux de réponses obtenu est assez faible, de 25%, parmi lesquels 1/3 n'ont pas rempli le questionnaire en entier.

Nous avons ainsi obtenu 137 questionnaires complets pour une population cible de 3730 praticiens, la population étudiée est donc restreinte.

Cela peut s'expliquer par la longueur de notre questionnaire, dont la durée moyenne de réalisation était de 11 minutes et 30 secondes. Dans le contexte actuel de pénurie des médecins généralistes, certains n'ont pas dû avoir le temps de réaliser ou de finir l'enquête.

Nous pouvons aussi supposer que la forme de l'étude, de type évaluation des connaissances, a découragé certains praticiens de peur d'être mis en situation d'échec. Ce genre de questionnaire est, en effet, souvent mal vécu par les médecins.

Les praticiens qui ont donc participé à l'étude malgré ces différentes barrières, devaient être plus concernés par le sujet et plus sensibles à la formation médicale continue, ce qui crée un biais de sélection. Ce biais de sélection est majoré par l'utilisation de liste de diffusion comprenant les médecins généralistes enseignants, qui sont souvent plus à jour des recommandations récentes et plus enclins à répondre aux questionnaires de thèse.

Les résultats obtenus dans notre enquête sont donc probablement meilleurs que ceux que nous aurions pu avoir en étudiant l'ensemble de la population cible.

De plus, comme décrit dans la partie « Caractéristiques de la population », les femmes sont très majoritaires dans notre étude alors qu'elle ne constitue que 49% des praticiens du territoire ce qui diminue également la représentativité de l'échantillon.

Concernant le modèle de l'étude, le questionnaire est une méthode simple, peu coûteuse, d'évaluation des connaissances qui permet de respecter l'anonymat des participants et d'éviter que l'investigateur n'influence les réponses du participant.

Néanmoins, l'absence d'interaction peut entraîner des problèmes de compréhension ou d'interprétations des questions et donc un biais de mesure.

Par ailleurs, la correction du questionnaire a été faite avec les Dr BOSCHER et BOUDAULT en s'appuyant sur les recommandations récentes en matière d'allaitement, mais il existe encore des sujets sur lesquels il n'y a pas de consensus.

C'est le cas par exemple pour la durée de conservation du lait maternel au réfrigérateur où les recommandations sont discordantes entre l'Academy of Breastfeeding Medicine éditées en 2017 (4 jours), l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des aliments éditées en 2005 (2 jours) et la Haute autorité en santé éditées en 2017 (8 jours). (31) (32) (33)

Nous avons suivi celles de l'Agence Française de Sécurité Sanitaires des aliments mais les praticiens interrogés ont pu déclarer la proposition fautive en se basant sur les autres.

Notre questionnaire ayant un but pédagogique, chaque question était également suivie d'une correction commentée. Malgré notre attention pour ne pas donner des éléments aidant à répondre aux questions suivantes, il est tout de même possible que des médecins aient été influencés par certains commentaires.

Enfin, une des forces de notre étude est l'utilisation d'une pondération des propositions dans la méthode d'analyse des résultats qui permettait de mettre en évidence les notions essentielles sur lesquelles les médecins avaient des carences.

5 Conclusion

Les bénéfices de l'allaitement maternel sont largement prouvés et sa promotion est un enjeu de santé publique.

Les médecins généralistes sont, aujourd'hui, les interlocuteurs privilégiés en ce qui concerne la santé de l'enfant et tiennent une place centrale dans l'accompagnement des femmes ayant fait le choix de l'allaitement.

Notre étude avait pour objectif d'évaluer les connaissances des médecins généralistes des Pays de La Loire concernant la prise en charge des principales problématiques rencontrées par les mères lors de l'initiation de l'allaitement, parmi lesquelles l'insuffisance de prise pondérale, les crevasses et l'ictère néonatal.

Les résultats mettent en évidence que si les médecins connaissent bien les éléments de gravité à rechercher, moins d'un tiers des praticiens proposent une prise en charge optimale des différentes situations proposées.

Il nous faut donc améliorer les connaissances en axant l'enseignement au cours de la formation initiale sur la physiologie de l'allaitement, puis en utilisant des outils pratiques adaptés à la formation continue des praticiens (vidéos courtes, webinaires, site Lactaclic, brochure du réseau...)

Le développement de ces outils répond à une demande des médecins qui ont un désir de se former mais qui sont soumis à des contraintes géographique et de temps.

Ainsi, nous avons obtenu de nombreux retours positifs sur l'orientation pédagogique de notre étude, 96% des médecins jugeant que leur participation à notre questionnaire leur sera utile pour leur pratique future.

6 Bibliographie

- 1-Turcka D, Vidailhet M, Bocquet A, Bressond JL, Briende A, Chouraou JP, Darmaung D, Dupont C, Freluth ML, Girardet JP, Goulet O, Hankardi R, Rieu D, Simeoni U. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère [En ligne] ; 1 nov 2013 [cité le 10 novembre 2021] Disponible : <https://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/medias/documents/cnsfp-benefices-sante-allaitement-maternel-2013.pdf>
- 2-Department of child and adolescent health and development, Department of nutrition for health and development, World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding, report of an expert consultation [En ligne]. 2001 [cité le 10 novembre 2021] Disponible : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67219/WHO_NHD_01.09.pdf;jsessionid=1C464B1EE3ECDF5AAA819B43990E117?sequence=1
- 3- Herberg S, Chat-Yung S, Chaulia M. The French National Nutrition and Health Program: 2001-2006-2010. *Int J Public Health*. 2008;53(2):68-77. doi: 10.1007/s00038-008-7016-2. PMID: 18681335. [cité le 10 novembre 2021]
- 4- Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Castetbon K. Durée de l'allaitement maternel en France (Épifane 2012-2013). *Bull Epidemiol Hebd*. 2014;(27):450-7. [cité le 10 novembre 2021] Disponible : http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014_27_2.html
- 5- Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Enquête Nationale Périnatale 2016 [En ligne]. 2017 [cité le 10 novembre 2021] Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements>
- 6-Cibles mondiales de nutrition 2025 : notes d'orientation [Global nutrition targets 2025 : policy brief series]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (WHO/NMH/NHD/14.2). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO [cité le 10 novembre 2021]
- 7- Perin Venekas MS, Servillat Magnien C. Le vécu de l'allaitement maternel et le rôle des professionnels de santé dans l'accompagnement des femmes allaitantes au cours des premiers mois. [En ligne]. *Médecine humaine et pathologie*. 2019. [cité le 10 novembre 2021] Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02143987/document>
- 8- Ingram, J. Multiprofessional training for breastfeeding management in primary care in the UK. *Int Breastfeed J* 1, 9 ; 2006 [cité le 10 novembre 2021] Disponible : <https://doi.org/10.1186/1746-4358-1-9>
- 9- Wimmer M. Le rôle des médecins généralistes dans la durée de l'allaitement maternel : enquête prospective sur 6 mois. [En ligne]. *Médecine humaine et pathologie* ; 2014. [cité le 10 novembre 2021] Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01062963/document>
- 10- Mariau-dinot L. Rôle des médecins généralistes dans la durée de l'allaitement maternel : enquête prospective sur 6 mois dans 15 maternités des Pays de la Loire [Diplôme d'état de Docteur en médecine]. Nantes : Faculté de Médecine ; 2009. 61 p. [cité le 10 novembre 2021]
- 11- Fauchier-magnan E, Fenoll B, Chabrol B. La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France [En ligne] ; 1 mai 2021 [cité le 10 novembre 2021] Disponible : <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2020-074r.pdf>
- 12- Krogstrand KS, Parr K. Physicians ask for more problem-solving information to promote and support breastfeeding. *J Am Diet Assoc*. 2005 Dec;105(12):1943-7. doi: 10.1016/j.jada.2005.09.007. PMID: 16321602. [cité le 10 novembre 2021]

- 13-Debusscher M. Prise en charge des complications locales de l'allaitement par les médecins généralistes [Diplôme d'état de Docteur en médecine]. Nantes : Faculté de Medecine ; 2020. 60 p. [cité le 10 novembre 2021]
- 14-Mollier A. Etat des lieux des connaissances en allaitement maternel des étudiants de 3ème cycle de médecine générale à Nantes [Diplôme d'état de Docteur en médecine en ligne]. [France] : Université de Nantes. Unité de Recherche et de Formation de Médecine ; 2017. [cité le 10 novembre 2021] Disponible : <https://www.reseau-naissance.fr/medias/2019/04/20190402-Etat-des-lieux-connaissances-allaitement-maternel-etudiants-3eme-cycle-medecine-generale-Nantes-Dr-A.-Mollier.pdf>
- 15-Auclair M. Evaluation de la formation des médecins libéraux à l'allaitement maternel [Diplôme d'état de Docteur en médecine en ligne]. Angers : Faculté de Medecine ; 2018 [cité le 10 novembre 2021] 84 p. Disponible : <https://dune.univangers.fr/fichiers/20070694/2018MCEM8497/fichier/8497F.pdf>
- 16-Puyt-gratien B. État des lieux des connaissances des internes en médecine générale de Rouen concernant l'allaitement maternel [Diplôme d'état de Docteur en médecine en ligne]. Rouen : Faculté de Medecine ; 2012 [cité le 10 novembre 2021] 104 p. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00705872/document>
- 17-Ayral AS, Duc C. Efficacité d'une consultation spécialisée dans les quinze jours du post-partum sur le taux d'allaitement maternel exclusif à un mois. [Diplôme d'état de Docteur en médecine en ligne]. Grenoble : Faculté de Medecine ; 2002 [cité le 10 novembre 2021] 132 p. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00756049/document>
- 18-Witt AM, Smith S, Mason MJ, Flocke SA. Integrating routine lactation consultant support into a pediatric practice. *Breastfeed Med.* 2012 Feb;7(1):38-42. doi: 10.1089/bfm.2011.0003. Epub 2011 Jun 9. PMID: 21657890; PMCID: PMC3579324. [cité le 10 novembre 2021]
- 19- McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, Veitch E, Rennie AM, Crowther SA, Neiman S, MacGillivray S. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Feb 28;2(2):CD001141. doi: 10.1002/14651858.CD001141.pub5. PMID: 28244064; PMCID: PMC6464485. [cité le 10 novembre 2021]
- 20- Nguyen M-T, Snow G, Wheeler H, Owens T. Clinical Question : In post-partum first-time mothers, what interventions are successful for helping women sustain exclusive breast feeding for one month or more?. *The Journal of the Oklahoma State Medical Association.* 2016;109(11):521-524 [cité le 10 novembre 2021]
- 21-Réseau Sécurité Naissance - Naitre Ensemble. Livret allaitement maternel à destination des professionnels. 2012 (révisé en 2019)
- 22- Junot C. Etude en cours pour l'obtention du diplôme de sage-femme. [cité le 12 mai 2022]
- 23-Bodin C. Incidence des comportements non optimaux au sein du nouveau-né à terme et poursuite de l'allaitement à 1 mois. Etude pilote réalisée au CHU de Nantes. [Mémoire de sage-femme]. [France]: Université de Nantes; 2011. [cité le 12 mai 2022]
- 24- Hameed NN, Yousif HN, Fawzi HA. Assessment of adherence level for neonatal hyperbilirubinemia management by various physicians in Iraq: a multi-clinic study. *F1000Res.* 2020 Jun 3;9:504. doi: 10.12688/f1000research.24258.1. PMID: 32765841; PMCID: PMC7388196. [cité le 12 mai 2022]
- 25- Mateo PC, Lee KS, Barozzino M, Sgro M. Management of neonatal jaundice varies by practitioner type. *Can Fam Physician.* 2013 Aug;59(8):e379-86. PMID: 23946045; PMCID: PMC3743715. [cité le 12 mai 2022]

- 26- Fiche Mémo : Prise en charge de la fièvre chez l'enfant. (2016, 1 octobre). Haute Autorité de Santé - Portail HAS Professionnels. [cité le 12 mai 2022] Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche memo - prise en charge de la fièvre chez lenfant.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_-_prise_en_charge_de_la_fievre_chez_lenfant.pdf)
- 27-Catherine M. Pound, Kathryn Williams, Renee Grenon, Mary Aglipay, Amy C. Plint. Breastfeeding Knowledge, Confidence, Beliefs, and Attitudes of Canadian Physicians. *J Hum Lact.* 1 août 2014;30(3):298-309. [cité le 12 mai 2022]
- 28- Rivière F. Connaissances et pratiques des jeunes médecins généralistes dans l'accompagnement à l'allaitement maternel. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes; 2002[cité le 12 mai 2022]
- 29- Turck D. Ministère des Solidarités et de la Santé [En ligne]. Plan d'Action Allaitement maternel ; 1 juin 2010 [cité le 6 mai 2022]. [cité le 12 mai 2021] Disponible : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport Plan daction allaitement Pr D Turck.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf)
- 30- Leycuras, Laurie. Lactaclic: un outil Evidence Based Medicine sur l'allaitement maternel. France, n.p, 2017. [cité le 12 mai 2022]
- 31- Eglash, A., Simon, L. (2017, 14 septembre). ABM Clinical Protocol #8:Human Milk Storage Information for Home Usefor Full-Term Infants, Revised 2017. [cité le 12 mai 2022] Disponible : <https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/8-human-milk-storage-protocol-english.pdf>
- 32- Bultel, C., Turck, D., & Thomann, C. (2005, 1 juillet). Hygiene recommendations for the preparation, handling and storage of feeding bottles. Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. [cité le 12 mai 2022] Disponible : <https://www.anses.fr/fr/system/files/MIC-Ra-BIB.pdf>
- 33- FAVORISER L'ALLAITEMENT MATERNEL Processus - Évaluation. (2006, 1 juin). Haute Autorité de Santé - Portail HAS Professionnels. [cité le 12 mai 2022] Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/favoriser lallaitement maternel processus - evaluation guide 2006.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/favoriser_lallaitement_maternel_processus_-_evaluation_guide_2006.pdf)

7 Annexe

7.1 Annexe 1 : Questionnaire complet

Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

Vous êtes :

- Médecin installé
- Remplaçant

Cas clinique numéro 1 :

Vous recevez en consultation Maxence B., 17 jours adressé par une sage-femme libérale qui s'inquiète de sa prise de poids.

C'est un premier bébé né à terme, Apgar 10/10, pas de facteur de risque d'infection materno-foetale.

Son poids de naissance est de 3,500 kg, son poids à J3 à la sortie de la maternité est de 3,300 kg.

Dernier poids ce jour : 3,400 kg

Il est allaité de manière exclusive.

1) Quels critères vous permettront de juger de l'efficacité de l'allaitement ?

- A) Prise de poids par jour : entre 10 et 20 g
- B) Prise de poids par jour : entre 25 et 35g
- C) Nombre de couches remplies d'urine par jour
- D) Nombres de selles par 24h
- E) Récupération du poids de naissance entre J10 et J15

A Cochée zéro (CZ) ; B Non Cochée zéro (NCZ) ; BCDE réponses valides

Un bébé allaité prend en moyenne 30g par jour, il ne faut pas hésiter à utiliser les courbes de poids de l'OMS plus adaptées à leur croissance.

Il est important de peser le bébé nu.

Il remplit 6 couches d'urine environ et fait au moins 3 selles.

La reprise du poids de naissance doit se faire avant J15.

Maxence a une prise de poids de 11g/jour, sa maman vous dit qu'elle le change environ 4 fois par jour.

2) À l'interrogatoire, quels sont les éléments à faire préciser ?

- A) Nombre de tétées par 24h
- B) Nombre de tétées la nuit
- C) Intervalle maximum entre les tétées
- D) Proposition de 1 ou 2 seins
- E) Durée active de la tétée

ABCDE : réponses valides

Il fait 8 tétées par jour dont une la nuit, il prend les 2 seins à chaque fois mais s'endort rapidement, il ne tète efficacement que 5 minutes à chaque fois.

3) Pour une prise de poids optimale, combien de tétées sont pour vous nécessaire le premier mois ?

- A) Il n'y a pas de nombre minimum, l'allaitement se fait à la demande
- B) Entre 2 et 4 tétées
- C) Entre 4 et 6 tétées
- D) Entre 6 et 8 tétées
- E) Entre 8 et 12 tétées

BC : cochées zéro (CZ) ; E : réponse valide

Commentaires question 2 et 3 :

L'allaitement se fait bien à la demande, dès les signes d'éveil mais pour une bonne prise de poids, il faut un minimum de 8 tétées par jour.

Les 8 à 12 tétées se répartissent sur 24h, l'intervalle entre celles-ci n'a pas d'importance.

Toutefois pour maintenir une lactation satisfaisante, il est nécessaire de garder une tétée la nuit le premier mois.

Il convient d'essayer de proposer les 2 seins à chaque fois.

Plus que la durée, il faut s'intéresser à la durée active et donc aux signes d'efficacité de la tétée : bruits de déglutition et salves de succions.

Vous procédez ensuite à l'examen clinique

4) Quels signes d'alerte, devez-vous rechercher ?

- A) Une hyperthermie
- B) Une hypotonie
- C) Une absence de poursuite oculaire
- D) Un souffle
- E) Une abolition des pouls fémoraux

ABDE NCZ ; ABCDE réponses valides

Attention, face à une mauvaise prise de poids, à ne pas méconnaître une pathologie organique :

Cardiaque : souffle, abolition des pouls fémoraux (coarctation aortique).

Neurologique ou métabolique : hypotonie, absence de poursuite oculaire.

Infectieuse : Hyperthermie, hypotonie pouvant orienter vers une IMF ou une pyélonéphrite.

Toute anomalie de l'examen clinique, nécessite une demande d'avis auprès d'un pédiatre.

Il y a d'ailleurs une ligne dédiée aux urgences pédiatriques au CHU de Nantes.

L'examen clinique ne retrouve aucune anomalie, Maxence est rose, tonique, bien éveillé.

5) Que lui conseillez-vous ?

- A) D'augmenter le nombre de tétées
 - B) De donner des compléments de lait artificiel
 - C) Vous mettez en place un tire-lait
 - D) De consulter directement aux urgences
 - E) De vous revoir dans 2 à 3 jours pour un contrôle du poids
- ACE

E : NCZ ; ACE : réponses valides

6) Concernant la prescription du tire-lait

- A) Vous faites l'ordonnance au nom de la mère
- B) Vous prescrivez un tire-lait électrique double pompage
- C) Vous inscrivez obligatoirement la taille des téterelles sur l'ordonnance
- D) Vous lui conseillez de tirer son lait après chaque tétée
- E) Le lait maternel tiré se conserve 7 jours au réfrigérateur

B réponse valide

Commentaires questions 5 et 6 :

Il est important de lancer la lactation à ce stade de l'allaitement, il semble donc indiqué de mettre en place un tire lait électrique double pompage, à utiliser après la tétée, une fois sur deux au départ soit 4 à 6 fois /jour.

La maman donnera tout le complément de lait tiré.

Attention l'ordonnance doit comporter le nom du bébé.

Si possible, mesurer les mamelons et inscrire la taille des téterelles pour éviter les douleurs et les frottements mais peut être fait par le pharmacien.

Le lait maternel se conserve 4h à température ambiante, 48h au frigo et 4 mois au congélateur.

Le contrôle du poids doit toujours être rapproché, par contre l'examen clinique étant normal, il n'est pas nécessaire de l'adresser directement aux urgences.

Vous revoyez donc Maxence 3 jours plus tard, son poids est à 3,475kg, soit une prise satisfaisante de 25g/jour.

La maman a suivi vos conseils et fait maintenant 10 tétées par jours avec 5 séances de tire lait et donne le complément.

Elle vous rapporte que depuis qu'elle a intensifié les tétées, elle ressent une forte douleur au mamelon gauche. Elle met d'ailleurs un bout de sein en silicone lors des tétées.

A l'examen clinique, vous retrouvez une crevasse du mamelon gauche

7) Les crevasses sont liées le plus souvent (une réponse possible) :

- A) A une infection bactérienne
- B) A une infection mycosique
- C) A des tétées trop fréquentes
- D) A l'utilisation de téterelles de mauvaises tailles
- E) A une mauvaise position du bébé

C : CZ ; E réponse valide

Les crevasses sont des portes d'entrées pour les infections bactériennes mais n'en sont pas la conséquence. Elles proviennent de frottements liés à une mauvaise prise en bouche du mamelon par le bébé ou par l'utilisation de téterelles de tailles inadaptées.

8) Que faites-vous ?

- A) Vous observez une tétée et lui donnez des conseils sur le positionnement du bébé
- B) Vous mesurez les mamelons pour adapter les téterelles
- C) Vous lui prescrivez une crème antibiotique type fucidine
- D) Vous lui conseillez l'utilisation d'un baume cicatrisant adapté à l'allaitement
- E) Elle peut garder son bout de sein toute la durée de l'allaitement pour éviter la récurrence

E CZ ; ABD réponses valides

Les crevasses étant liées à des zones de frottements, la première chose à faire est d'observer une tétée pour corriger le positionnement du bébé.

Le mamelon doit être orienté vers le palais et il est important que le bébé prenne une grande partie de l'aréole dans la bouche et non juste le mamelon avec une prise asymétrique.

Il n'est pas nécessaire de prescrire d'emblée un traitement médicamenteux mais plutôt de conseiller un nettoyage à l'eau et au savon 1 seule fois par jour, sans massage.

On peut également proposer une protection du mamelon par quelques gouttes de lait maintenues par du cellophane 1 heure après chaque tétée pour éviter qu'il sèche.

Les bouts de seins en silicone peuvent permettre de faire passer un cap mais ils doivent être retirés le plus vite possible car ils diminuent le transfert de lait et empêchent l'entretien de la stimulation de l'aréole permettant la poursuite de la lactation.

Mme B. suit bien vos conseils et peut rapidement reprendre l'allaitement sur les deux seins, Maxence devenant plus efficace et la lactation s'étant bien lancée, elle peut progressivement arrêter les séances de tire lait et poursuivra son allaitement jusqu'au 4^{ème} mois.

Cas clinique numéro 2 :

Mme C. vient vous consulter avec sa fille Clémence âgée de 6 jours car elle trouve « qu'elle est jaune ». C'est un deuxième bébé.

Clémence est née à 38SA+ 3j, elle pesait 2,900 kg à la naissance. 2,700 kg à la sortie de mater à J3. Elle est allaitée exclusivement.

- 1) Face à cet ictère, qu'est-il important de demander ?
- A) Facteurs de risque d'infection materno-fœtale
 - B) Groupe sanguin de la mère et du père
 - C) Nécessité d'un traitement par photothérapie en maternité
 - D) Antécédent d'ictère dans la fratrie
 - E) Couleur des selles et des urines

E NCZ ; Réponses valides ABCDE

L'accouchement a été rapide et s'est bien déroulé, le prélèvement du 9^{ème} mois était négatif pour le Streptocoque B.

Les deux parents sont O+, d'origine caucasienne, n'ont pas d'antécédents familiaux de maladie génétique.

Elle vous dit que la grande sœur de Clémence avait présenté un ictère à la naissance mais qu'il s'était résolu spontanément.

Les dosages de bilirubine transcutanée en maternité, étaient corrects, Clémence n'a pas eu besoin de traitement particulier.

Ses selles sont jaunes d'or et la maman n'a pas fait attention à la couleur des urines.

- 2) Que recherchez-vous à l'examen clinique ?
- A) Vous la pesez
 - B) Vous examinez le revêtement cutané
 - C) Vous prenez la température avec votre thermoflash
 - D) Vous faites un examen neurologique : poursuite oculaire, tonus axial et périphérique
 - E) Vous palpez l'abdomen à la recherche d'une organomégalie

ABDE : NCZ et réponses valides

Commentaires questions 1 et 2 :

Face à un ictère, il faut rechercher des éléments en faveur d'une étiologie nécessitant une prise en charge urgente : signes d'hémolyse : pâleur, hépato et splénomégalie secondaire à une incompatibilité ABO ou rhésus, malformation du GR, déficit enzymatique, sepsis avec IMF ou troubles de l'évacuation de la bilirubine liés à une atrésie des voies biliaires.

Le poids est à 2, 750kg, soit une prise de 16g/jour.

L'ictère est plus marqué au niveau des conjonctives, les pieds ne sont pas touchés.

Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

- 3) Quelle est votre prise en charge ?
- A) Vous prescrivez un bilan biologique
 - B) Vous l'adressez aux urgences
 - C) Vous la rassurez, il s'agit probablement d'un ictère par insuffisance d'apport
 - D) Vous lui donnez des conseils pour optimiser son allaitement
 - E) Vous lui donnez rendez-vous dans 72h pour refaire le point sur le poids et l'ictère

E : NCZ ; CDE : réponses valides

Un ictère évoluant depuis moins de 7 jours dans un contexte d'insuffisance d'apport chez un bébé sans facteur de risque d'ictère sévère (prématurité, petit poids de naissance, antécédent familial d'ictère sévère, signe de sepsis...) et avec un examen clinique rassurant, ne doit pas faire réaliser d'examen complémentaires ni motiver une consultation aux urgences.

Il faut axer la prise en charge sur l'optimisation de l'allaitement : *cf cas clinique numéro 1.*

Attention : si l'ictère évolue depuis plus de 7 jours il faudra alors réaliser un bilan biologique (NFS/PQ, réticulocytes, bilan hépatique complet, bilirubine libre et conjugué).

Pour ce faire, si l'examen clinique est rassurant, contacter la maternité de naissance de l'enfant où le bilan sera réalisé par une puéricultrice ou une sage-femme. N'adresser l'enfant aux urgences que si vous avez une inquiétude sur l'examen clinique ou si l'enfant est fragile, surtout en période épidémique.

La maman suit vos conseils, l'ictère disparaît avec la poursuite d'une bonne prise de poids, ce qui vous permettra de conclure à un ictère simple par carence d'apport

Pensez-vous que cette formation vous sera utile pour vos futures consultations?

-Oui

-Non

7.2 Annexe 2 : Effectif de réponse pour chaque proposition

Caractéristiques de la population :

Vous êtes :

Intitulé des réponses	Nombre de réponses	Pourcentage
Un homme	27	19.71 %
Une femme	110	80.2%

Intitulé des réponses	Nombre de réponses	Pourcentage
Médecin installé	94	68.61 %
Remplaçant	43	31.39 %

Questions :

Cas clinique numéro 1 :

Question 1 : Quels critères vous permettent de juger de l'efficacité de l'allaitement en général ?

Intitulé des réponses	Nombre de réponses	Pourcentage
A) Prise de poids par jour : entre 10 et 20 g	20	14.6 %
B) Prise de poids par jour : entre 25 et 35g	104	75.91 %
C) Nombre de couches remplies d'urine par jour	80	58.39 %
D) Nombres de selles par 24h	34	24.82 %
E) Récupération du poids de naissance entre J10 et J15	97	70.8 %

Question 2 : A l'interrogatoire quels sont les éléments à faire préciser dans ce cas ?

Intitulé des réponses	Nombre de réponses	Pourcentage
A) Nombre de tétées par 24h	134	97.81 %
B) Nombre de tétées la nuit	78	56.93 %
C) Intervalle maximum entre les tétées	125	91.24 %
D) Proposition de 1 ou 2 seins	128	93.43 %
E) Durée active de la tétée	133	97.08 %

Question 3 : Pour une prise de poids optimale, combien de tétées sont pour vous nécessaire le premier mois?

Intitulé des réponses	Nombre de réponses	Pourcentage
A) Il n'y a pas de nombre minimum l'allaitement se fait à la demande	58	42.34 %
B) Entre 2 et 4 tétées	0	0 %
C) Entre 4 et 6 tétées	2	1.46 %
D) Entre 6 et 8 tétées	30	21.9 %
E) Entre 8 et 12 tétées	60	43.8 %

Question 4 : Quels signes d'alerte devez vous rechercher ?

Intitulé des réponses	Nombre de réponses	Pourcentage
A) Une hyperthermie	116	84.67 %
B) Une hypotonie	135	98.54 %
C) Une absence de poursuite oculaire à l'éveil	84	61.31 %
D) Un souffle	118	86.13 %
E) Une abolition des pouls fémoraux	123	89.78 %

Question 5 : Que conseillez-vous à sa maman ?

Intitulé des réponses	Nombre de réponses	Pourcentage
A) D'augmenter le nombre de tétées	127	92.7 %
B) De donner des compléments de lait artificiel	12	8.76 %
C) Vous mettez en place un tire-lait	54	39.42 %
D) De consulter directement aux urgences	1	0.73 %
E) De vous revoir dans 2 à 3 jours pour un contrôle du poids	132	96.35 %

Question 6 : Concernant la prescription du tire-lait :

Intitulé des réponses	Nombre de réponses	Pourcentage
A) Vous faites l'ordonnance au nom de la mère seulement	105	76.64 %
B) Vous prescrivez un tire-lait électrique double pompage	101	73.72 %
C) Vous inscrivez obligatoirement la taille des téterelles sur l'ordonnance	16	11.68 %
D) Vous lui conseillez de tirer son lait après chaque tétée	89	64.96 %
E) Le lait maternel tiré se conserve 7 jours au réfrigérateur	51	37.23 %

Question 7 : Les crevasses sont liées le plus souvent (une seule réponse) :

Intitulé des réponses	Nombre de réponses	Pourcentage
A) A une infection bactérienne	0	0 %
B) A une infection mycosique	2	1.46 %
C) A des tétées trop fréquentes	2	1.46 %
D) A l'utilisation de téterelles de mauvaises tailles	13	9.49 %
E) A une mauvaise position du bébé	120	87.59 %

Question 8 : Que faites-vous ?

Intitulé des réponses	Nombre de réponses	Pourcentage
A) Vous observez une tétée et lui donnez des conseils sur le positionnement du bébé	130	94.89 %
B) Vous mesurez les mamelons pour adapter les téterelles	43	31.39 %
C) Vous lui prescrivez une crème antibiotique type fucidine	1	0.73 %
D) Vous lui conseillez l'utilisation d'un baume cicatrisant spécial allaitement	106	77.3
E) Elle peut garder son bout de sein toute la durée de l'allaitement pour éviter la récurrence	31	22.63 %

Cas clinique numéro 2 :

Question 1b : Face à cet ictere qu'est-il important de demander ?

Intitulé des réponses	Nombre de réponses	Pourcentage
A) Facteurs de risque d'infection materno-fœtale (IMF)	120	87.59 %
B) Groupe sanguin de la mère et du père	108	78.83 %
C) Nécessité d'un traitement par photothérapie en maternité	88	64.23 %
D) Antécédent d'ictère dans la fratrie	96	70.07 %
E) Couleur des selles et des urines	131	95.62 %

Question 2b : Que recherchez-vous à l'examen clinique ?

Intitulés des réponses	Nombres de réponses	Pourcentage
A) Vous la pesez	137	100 %
B) Vous examinez le revêtement cutané	131	95.62 %
C) Vous prenez la température avec votre thermomètre flash	98	71.53 %
D) Vous faites un examen neurologique: poursuite oculaire, tonus axial et périphérique	136	99.27 %
E) Vous palpez l'abdomen à la recherche d'une organomégalie	137	100 %

Question 3b : Quelle est votre prise en charge?

Intitulé des réponses	Nombre de réponses	Pourcentage
A) Vous prescrivez un bilan biologique	31	23.13 %
B) Vous l'adrez aux urgences	38	28.36 %
C) Vous la rassurez, il s'agit probablement d'un ictere par insuffisance d'apport	50	37.31 %
D) Vous lui donnez des conseils pour optimiser son allaitement	79	58.96 %
E) Vous lui donnez rendez-vous dans 48h pour refaire le point sur le poids et l'ictère	95	70.9 %

Enquête de satisfaction :

Pensez-vous que cette formation vous sera utile pour vos futures consultations ?

Intitulé des réponses	Nombre de réponses	Pourcentage
Oui	128	96.24 %
Non	5	3.76 %

**Vu, le Président du Jury,
Professeur FLAMANT Cyril**

**Vu, le Directeur de Thèse,
Docteur BOSCHER Cécile**

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : BERTHOMÉ

PRENOM : LUCIE

Titre de Thèse : Etat des lieux des connaissances des médecins généralistes des Pays de la Loire sur la prise en charge des problématiques liées à la mise en place de l'allaitement maternel.

RESUME

Introduction : Les bénéfices de l'allaitement maternel pour le nourrisson en font un enjeu majeur de santé publique. Les taux d'allaitement sont pourtant faibles en France et particulièrement dans la région des Pays de La Loire où la durée moyenne d'allaitement est inférieure à la moyenne nationale.

Le premier mois est le plus pourvoyeur de complications et de sevrage et le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus consulté lors de cette période.

Nous nous sommes donc intéressés au niveau de connaissances des médecins généralistes ligériens concernant la prise en charge des problématiques liées à la mise en place de l'allaitement.

Matériel et Méthode : Nous avons réalisé une étude quantitative, de type enquête de pratique, à partir d'un questionnaire sous forme de cas clinique adressé aux médecins généralistes des Pays de la Loire. Le questionnaire était complété en ligne par les praticiens. Le recueil des résultats a été effectué de Novembre 2021 à Février 2022.

Résultats : Nous avons obtenus 137 questionnaires complets. Les notes reçues par les praticiens suivent une courbe d'allure gaussienne, la moyenne est de 10,9 et l'écart type autour de celle-ci de 3,2.

Les médecins interrogés ont un bon niveau de connaissances concernant la recherche des éléments de gravité, avec un taux de réponses correctes aux propositions faux rouges compris entre 71 et 100%. Ils sont, en revanche, moins d'un tiers à proposer une prise en charge adaptée pour chacune des 3 situations cliniques proposées.

Conclusion : Notre étude rejoint les conclusions de divers travaux réalisés en France et à l'étranger. Les connaissances des praticiens concernant la prise en charge des problématiques liées à l'allaitement maternel sont encore insuffisantes et sont le témoin d'un défaut de formation sur le sujet.

Il semble donc nécessaire de développer la formation initiale et continue des médecins sur ce thème en utilisant des outils pratiques compatibles avec leurs contraintes d'exercice.

MOTS-CLES

Allaitement maternel, accompagnement, premier mois, formation, médecins généralistes