

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 30 septembre 2014 à Poitiers
par **Marlène MENARD-RUIZ**

**Évaluation des pratiques et connaissances des médecins généralistes de la Vienne
concernant la prise en charge des complications de l'allaitement maternel.
Enquête auprès des médecins généralistes de la Vienne, 2014**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES

Membres : Monsieur le Professeur Olivier POURRAT
Madame le Docteur Marion ALLBOUY-LLATY

Directeur de thèse : Madame le Docteur Carine CARON



Le Doyen,

Année universitaire 2014 - 2015

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie – radiothérapie (**en disponibilité 1 an à compter de janvier 2014**)
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
12. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
13. DROUOT Xavier, physiologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
16. FAURE Jean-Pierre, anatomie
17. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
18. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
19. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
20. GILBERT Brigitte, génétique
21. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
22. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
23. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
24. GUILLET Gérard, dermatologie
25. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
26. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
27. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
28. HERPIN Daniel, cardiologie
29. HOUETO Jean-Luc, neurologie
30. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
31. IRANI Jacques, urologie
32. JABER Mohamed, cytologie et histologie
33. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
34. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
35. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
36. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (**en détachement 2 ans à compter de janvier 2014**)
37. KITZIS Alain, biologie cellulaire
38. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
39. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
40. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
41. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
42. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
43. MACCHI Laurent, hématologie
44. MARECHAUD Richard, médecine interne
45. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
46. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
47. MIGEOT Virginie, santé publique
48. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
49. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
50. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
51. NEAU Jean-Philippe, neurologie
52. ORIOT Denis, pédiatrie
53. PACCALIN Marc, gériatrie
54. PAQUEREAU Joël, physiologie
55. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
56. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
57. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
58. POURRAT Olivier, médecine interne
59. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
60. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
61. RICHER Jean-Pierre, anatomie
62. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, oncologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
2. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
3. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
4. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
5. BILAN Frédéric, génétique
6. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
8. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
9. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
11. DIAZ Véronique, physiologie
12. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
13. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
14. HURET Jean-Loup, génétique
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. SAPANET Michel, médecine légale
17. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
18. THILLE Arnaud, réanimation
19. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

BINDER Philippe
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BIRAULT François
BOUSSAGEON Rémy
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie (08/2015)
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
16. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
17. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
18. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
19. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
20. GOMBERT Jacques, biochimie
21. GRIGNON Bernadette, bactériologie
22. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
23. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
24. KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
25. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
26. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
27. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
28. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
29. MARILLAUD Albert, physiologie
30. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
31. POINTREAU Philippe, biochimie
32. REISS Daniel, biochimie
33. RIDEAU Yves, anatomie
34. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
35. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
36. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
37. VANDERMARCCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A nos membres du jury,

A Monsieur le Professeur José GOMES,
Président du jury de thèse,

Spécialiste en Médecine Générale
Professeur des Universités
Directeur du Département de Médecine Générale
Coordonnateur du DES
Faculté de Médecine de Poitiers

Je vous suis extrêmement reconnaissante d'avoir accepté la présidence du jury de cette thèse. Je vous adresse ici mes sincères remerciements et je vous prie de croire en ma plus haute considération.

A Monsieur le Professeur Olivier POURRAT,
Membre du jury de thèse,

Professeur des universités
Praticien hospitalier
Faculté de médecine de Poitiers

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté d'être membre de ce jury de thèse.

J'ai eu la chance de suivre vos enseignements et consultations. Votre humanité et votre patience m'ont particulièrement touché. Je vous prie de croire en ma plus haute estime.

A Madame le Docteur Marion ALLBOUY-LLATY,
Membre du jury de thèse,

Maitre de conférences des universités
Praticien Hospitalier
Faculté de médecine de Poitiers

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté d'être membre de ce jury de thèse. Je n'ai pas eu la chance de vous avoir comme maître au cours de l'enseignement de la médecine. Votre présence en ce jour est d'autant plus valorisante. Je vous prie de croire en ma plus grande reconnaissance.

A Madame le Docteur Carine CARON,
Directrice de thèse,

Médecin généraliste
Attachée d'enseignement de la médecine générale

Pour tes conseils, ton soutien et tes encouragements dans la réalisation de ce travail, je souhaite t'exprimer tous mes remerciements.

Je suis très fière de te compter parmi les membres de ce jury et je te remercie pour ton enseignement.

Merci de m'avoir ouvert une autre vision de la médecine générale très humaine.

A Mademoiselle Sophie MAGRÉAULT,

Pour son aide plus que précieuse et ses connaissances variées dans le domaine des statistiques.

Je te remercie d'avoir été si patiente et disponible tout au long de ce travail.

Merci pour tous les autres moments passés avec toi et à venir.

A ma famille et amis,

A ma mère, qui ma soutenue tout au long de ma vie, m'a donné tout l'amour et la confiance nécessaire pour me construire.

A Marion, ma sœur, qui a toujours été là pour moi et pour qui je serai toujours présente. Merci pour ta participation à ce travail.

A Papé et Mamé, qui m'ont toujours soutenue au cours de mon parcours et qui comptent énormément pour moi. Merci pour tout.

A Nicolas, qui m'a supporté pendant ce travail et que j'ai supporté également. Merci pour ta bonne humeur et ces années de bonheur.

A ma belle-famille, qui est d'un grand soutien et écoute. Merci pour votre aide.

A mes amis,

Chloé, avec qui je partage depuis des années, des moments de complicité et d'amitié, à Céline, Flavie et Thibault, merci pour ces moments passés ensemble, ces soirées, ces moments de bonheur et autres moments de la vie. Nous sommes présent les uns pour les autres. J'espère que cela va continuer...

Merci à Mathilde et Benoit, Armelle et David, Aline et Jérôme, Caroline, Vivien, Sarah et Alexandre, Fanny et Sébastien, Laurence et JP, pour ces moments passés à travailler mais aussi à profiter, que cela continu.

A Picasso, mon fidèle compagnon qui aime tant les livres pour leur confort...

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE	10
ABRÉVIATIONS.....	14
INTRODUCTION.....	15
I. Allaitement maternel définition et contre-indication :.....	17
II. Physiologie de la lactation du lait de femme [21].....	17
1 Cycles de la lactation	17
2 Physiologie de la lactation	19
3 Composition du lait maternel.....	24
III. Description des complications ou des difficultés de l’allaitement et sa prise en charge selon l’ANAES 2002 [8].....	27
1. Description des complications.....	27
2. Prise en charge des complications	31
IV. Prise en charge des complications de l’allaitement selon les autres instances de santé depuis 2002	33
1. Douleur et lésion des mamelons.....	33
2. Engorgement mammaire	34
3. Lymphangite ou mastite [29]	35
4. Infection à Candida albicans.....	37
5. Galactophorite.....	38
6. Abscess mammaire.....	39
V. Initiatives pour favoriser l’allaitement maternel : législation et programmes	40
1. Promotion internationale [40]	40
2. Promotion nationale : programme national nutrition santé	42
3. Le réseau régional, acteur dans l’accompagnement des mères	44
4. Les associations	47
VI. Au sujet du retour à domicile.....	48
1. Selon l’OMS [44]	48
2. Selon le plan d’action pour la promotion de l’allaitement maternel de 2010 [45]	48
3. Sortie précoce [46]	49
MATÉRIEL ET MÉTHODE	50
I Description de l’étude	50

1. Échantillon	50
II Méthode d'observation	51
1 Étude de pratique et connaissances.....	52
III Méthode d'évaluation	52
IV Analyse statistique	53
RÉSULTATS.....	54
I Description de l'échantillon.....	54
1. Taux de participation	54
2. Profil de l'échantillon.....	54
3. Connaissances et pratiques des médecins généralistes.....	58
4. Désir de formation des médecins généralistes	65
5. Expérience personnelle et conseils vis-à-vis de l'allaitement maternel	66
6. Profil des médecins ayant donné une ou plusieurs réponses compromettant l'allaitement maternel ou aggravant la situation :	66
7. Profil des médecins n'ayant pas donné de réponses compromettant l'allaitement maternel ou aggravant la situation	68
II Analyse univariée	71
1 Profil des sujets.....	71
2 Rapport personnel à l'allaitement.....	71
3 Formations.....	71
4 Réponses à risques au cours de l'allaitement maternel	71
III Analyse multivariée	75
IV Validation du modèle	75
DISCUSSION	78
I Matériel et méthode	78
1 Validité du questionnaire	78
II Analyse des résultats.....	79
1. Description de l'échantillon.....	79
III Faiblesse de travail et biais de l'étude	85
1 Biais de sélection	85
2 Biais de mesure et de réponse	85
3 Biais de suggestivité.....	86
4 Biais d'évaluation.....	86
IV Perspectives pour l'avenir afin d'améliorer la prise en charge de l'allaitement par les médecins généralistes	87

1 Formation initiale actuelle en région Poitou-Charentes	87
2 Formation complémentaire actuelle en France et en Poitou-Charentes	87
3 Projets de développement des formations médicales continues.....	89
CONCLUSION	91
ANNEXE 1	93
ANNEXE 2	96
ANNEXE 3	97
ANNEXE 4	99
ANNEXE 5	104
RESUME	115
SERMENT	116
RÉSUMÉ	117

"La femme n'allait pas l'enfant, mais la destinée."

Paavo Haavikko

ABRÉVIATIONS

AFSSA : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés

INVES : Institut National de Veille Sanitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle Infantile

INTRODUCTION

L'allaitement maternel est recommandé par l'OMS [1] pour une durée minimale de six mois, mais son taux en France reste malgré tout l'un des plus bas d'Europe [2]. Actuellement en France, un nouveau-né sur deux bénéficie de l'allaitement maternel pour une durée moyenne de trois mois. [3 à 7]

Le bénéfice de l'allaitement maternel pour la santé des enfants a été démontré. L'avantage principal du lait maternel pour l'enfant est indiscutablement la protection contre les infections. D'autres effets, comme la prévention de l'atopie ou la réduction du risque d'obésité, rendent l'allaitement maternel déterminant dans l'état de santé ultérieur de l'enfant. La question de la durée de cet allaitement reste posée. D'après toutes les données de la littérature, une durée supérieure à trois mois est la durée à partir de laquelle tous les bénéfices précédemment évoqués sont observés. Il existe un effet-dose permettant de préciser qu'un allaitement maternel, même bref, reste bénéfique pour l'enfant. Les recommandations actuelles proposent de maintenir un allaitement maternel exclusif pendant six à vingt-quatre mois, associé à une diversification à partir de six mois. [8]

L'allaitement maternel exclusif permet une croissance normale au moins jusqu'à l'âge de 6 mois, et peut être poursuivi jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus, à condition d'être complété par la diversification alimentaire à partir de 6 mois. L'allaitement maternel est associé à un bénéfice sur le plan cognitif, modeste, mais dont il serait dommage de ne pas faire bénéficier l'enfant. Si sa durée est supérieure à 3 mois, l'allaitement maternel exclusif diminue l'incidence et la gravité des infections digestives, ORL et respiratoires. S'il est prolongé idéalement 6 mois, l'allaitement maternel exclusif permet une réduction du risque allergique chez les nourrissons à risque (père, mère, frère ou sœur allergique). Il participe également à la prévention ultérieure de l'obésité pendant l'enfance et l'adolescence. Parvenus à l'âge adulte, les enfants allaités ont une tension artérielle et une cholestérolémie inférieures à celles des enfants nourris au lait artificiel. Une supplémentation en vitamine D et en vitamine K est nécessaire chez le nourrisson allaité. Très peu de médicaments contre-indiquent de façon formelle la poursuite de l'allaitement maternel. Le prématuré peut être allaité par sa mère et/ou recevoir son

lait, sous réserve qu'il reçoive une supplémentation en énergie, protéines et sels minéraux. La perte de poids de la mère est plus rapide dans les 6 premiers mois du post-partum. L'allaitement maternel diminue l'incidence des cancers du sein et de l'ovaire avant la ménopause, et supprime l'augmentation du risque d'ostéoporose lié à la ménopause. [9]

Les femmes françaises qui choisissent d'allaiter ont un profil particulier, elles ont plus de 30 ans, un niveau socioprofessionnel élevé, primipares, mariées et non fumeuses. [5][10 à 17] Elles exercent pour la plupart une activité professionnelle et sa reprise entraîne le plus souvent un arrêt de l'allaitement. Pourtant, lorsqu'elles bénéficient d'un congé parental elles allaitent plus longtemps. Avoir été allaitée, avoir vu allaiter, l'expérience passée positive avec l'allaitement, le désir et l'intention prénatale d'allaiter, sa décision précoce et sa perception de facilité favorisent la durée de l'allaitement maternel. [11 et 13]

A contrario, l'ambivalence, la décision tardive d'allaiter, le manque d'informations sur la durée optimale [18] sont des facteurs influençant négativement l'allaitement maternel, tout comme la perception d'une insuffisance de lait, l'incertitude concernant la quantité de lait prise [11], [13], [14], le peu de confiance en soi, la gêne d'allaiter en public et la dépression postnatale [5], [8] [19]. L'utilisation précoce d'une tétine, [13] [3] l'obésité et le tabagisme [12], [13], [20], réduisent également l'initiation de l'allaitement.

Les médecins généralistes accompagnent les femmes tout au long de leur vie, y compris au cours de leur grossesse et bien sûr de l'allaitement. Au cours de notre exercice médical, nous avons remarqué que de nombreuses femmes se font suivre par leur médecin généraliste dans le cadre de leur grossesse et de leur allaitement.

Afin de les accompagner pour favoriser la durée de cet allaitement, il est essentiel d'avoir les connaissances nécessaires concernant la prise en charge des complications de l'allaitement, tant chez le nourrisson que chez la mère. Nous avons donc décidé d'évaluer les connaissances et pratiques des médecins généralistes de la Vienne qui accompagnent ces femmes.

I. Allaitement maternel définition et contre-indication :

L'OMS recommande un allaitement exclusif pendant au minimum six mois et la poursuite de l'allaitement maternel accompagné d'une diversification alimentaire jusqu'à deux ans au moins [1]. L'allaitement maternel est exclusif lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre ingesta, solide ou liquide, y compris l'eau.

Selon la HAS, l'allaitement est partiel lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non, ou toute autre nourriture. En cas d'allaitement partiel, celui-ci est majoritaire si la quantité de lait maternel consommé assure plus de 80% des besoins de l'enfant; moyen si elle assure 20 à 80% de ses besoins et faible si elle en assure moins de 20%.

La réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé est considérée comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein.

Les contre-indications principales sont l'infection par le VIH, les cancers en cours de traitement, une tuberculose active et certains traitements médicamenteux. Chez l'enfant la galactosémie congénitale est la seule contre-indication à l'allaitement maternel.

II. Physiologie de la lactation du lait de femme [21]

1 Cycles de la lactation

La lactation se fait en deux phases : la lactogénèse de phase I et la lactogénèse de phase II. Cela correspond à la différenciation des cellules mammaires permettant la production de lait.

1.1 Lactogenèse de stade I

La lactogenèse de stade I est également appelée phase colostrale. Elle débute pendant la grossesse et se termine 2 ou 3 jours après la naissance. Pendant la grossesse la sécrétion de lait est freinée par le double rôle inhibiteur de la progestérone surtout, et de l'œstrogène secondairement. Au niveau hypophysaire, la progestérone freine la sécrétion de la prolactine ; au niveau mammaire, elle empêche l'action de la prolactine sur la production de certaines protéines composantes du lactose.

La progestérone agit sur la perméabilité des jonctions serrées. C'est le moment où les jonctions cellulaires sont ouvertes et où le colostrum fabriqué est réabsorbé dans la circulation maternelle. Le lactose est ainsi retrouvé dans le sang et les urines maternels.

Dans les premiers jours qui suivent la naissance, un faible volume de colostrum est produit. Pendant cette période l'enfant a besoin d'une protection immunitaire et d'un apport nutritionnel. Cela permet au nouveau-né d'acquérir et de perfectionner sa technique de succion d'une part, et d'acquérir une protection des muqueuses digestives d'autre part. Le colostrum est riche en éléments provenant du sang maternel (eau, sels minéraux et immunoglobulines) par l'intermédiaire des jonctions intercellulaires qui sont ouvertes.

La lactogenèse de stade I se termine par une fermeture de ces jonctions. Ainsi quand la lactogenèse de stade II tarde à se mettre en place, ou bien lorsqu'un engorgement s'installe, le nouveau-né est exposé à un risque de déshydratation hypernatrémique par réouverture des jonctions intercellulaires avec passage d'eau et de sels minéraux provenant de la circulation maternelle.

1.2 Lactogenèse de stade II

La lactogenèse de stade II, également appelée phase lactée, est déclenchée par la chute du taux des hormones placentaires : essentiellement la progestérone, présente immédiatement après l'accouchement. Elle va entraîner une fermeture des jonctions intercellulaires, une modification de la sécrétion lactée et une augmentation du volume de lait produit et ce d'autant plus que l'extraction de lait intervient rapidement. La production de lait va augmenter pour s'adapter aux besoins de l'enfant :

- 30 à 50 ml à J2,
- 100 à 150 ml à J3,
- 600 ml vers 2 semaines.

2 Physiologie de la lactation

Le lait est fabriqué par les cellules sécrétrices de l'épithélium mammaire. Il est sécrété en continu dans les acini puis il est stocké dans la lumière alvéolaire dans l'attente de son éjection. Il existe : deux niveaux de régulation : la production et l'éjection. On retrouve aussi deux mécanismes de contrôle : l'un central appelé endocrine et l'autre local appelé autocrine.

2.1 Le contrôle endocrine

2.1.1 La prolactine

La prolactine est la principale hormone qui va permettre la synthèse des constituants du lait. Cette prolactine est sécrétée par les cellules lactotropes de l'antéhypophyse.

Sa sécrétion est pulsatile. On peut avoir 7 à 20 pics par jour, surajoutés au taux sérique de base pendant toute la durée de l'allaitement.

Sa sécrétion est permise par la stimulation mécanique aréolo-mamelonnaire.

L'amplitude de sa sécrétion va dépendre de l'intensité de la stimulation, mais elle diminue dans le temps. Une augmentation de la sensibilité des récepteurs est évoquée, sans certitude, pour expliquer cette diminution.

La sécrétion de cette hormone va connaître des variations circadiennes : plus élevée en fin de nuit et plus faible en pleine journée.

En association avec le cortisol, la prolactine va exercer un rétrocontrôle positif ou négatif sur la fabrication de ses propres récepteurs :

- **Rétrocontrôle positif** : une augmentation de la concentration en prolactine et une augmentation de la durée d'exposition des lactocytes à cette même hormone va entraîner une augmentation du nombre de récepteurs sur la membrane des lactocytes ;

- **Rétrocontrôle négatif** : une diminution de la concentration en prolactine et une diminution de la durée d'exposition des lactocytes va entraîner une diminution du nombre de récepteurs sur la membrane des lactocytes.

En pratique, la mise en place de ces différents cycles de lactation dépend de la technique de succion. Plus la technique de succion est élaborée, plus les récepteurs à l'étirement situés sur l'aréole sont stimulés, plus il y aura une synthèse accrue de prolactine et d'ocytocine. De plus, les tétées nocturnes majorent cette sécrétion de prolactine, puisqu'elle est supérieure vers 5 heures, la quantité de lait éjecté est également augmentée. On observe également que plus le nouveau-né tète précocement, de façon répétée et efficace, plus le nombre de récepteurs à la prolactine augmente, ce qui stimule la production de lait.

2.1.2 L'ocytocine

L'ocytocine est l'hormone de l'éjection du lait. Sa synthèse se fait dans l'hypothalamus, mais le stockage est situé dans la posthypophyse.

La sécrétion de l'ocytocine est pulsatile, on compte 4 à 10 pics par 10 minutes. La stimulation du complexe aréolo-mamelonnaire via les récepteurs à l'étirement situés sur l'aréole va permettre la synthèse de cette hormone.

Sa sécrétion est également dépendante de l'état émotionnel de la maman. Une situation de stress ou de contrariété maternelle peut entraîner une diminution, voire une disparition, de la synthèse et de la sécrétion d'ocytocine.

Il existe parfois un temps de latence entre le moment de la stimulation du sein et le début de la synthèse d'ocytocine, c'est-à-dire le début de l'éjection du lait. Ce temps de latence varie d'une femme à l'autre de 0 à 15 minutes.

En conséquence, il est important d'éviter les mises au sein inférieures à 10 minutes chez les patientes ayant un long temps de latence.

2.2 Contrôle autocrine

2.2.1 Aspect quantitatif

Cet aspect quantitatif du contrôle autocrine concerne les lactocytes qui sécrètent en continu du lait. La fabrication du lait par ces lactocytes va dépendre de la quantité de lait qu'ils contiennent. Quand un lactocyte est plein de lait, les cellules membranaires qui délimitent son contour sont aplaties et distendues. Cet aspect des cellules va entraîner une diminution de la synthèse du lait jusqu'à l'arrêt total de synthèse dans certaines situations d'engorgement où les lactocytes sont tellement pleins que la sécrétion de lait va être stoppée.

En pratique, il faut être très vigilant face à une mère qui présente des seins tendus douloureux, voire un début d'engorgement dû à un défaut de vidange alvéolaire ou à un œdème interstitiel. Cette situation est rencontrée lorsque le nombre de tétées est insuffisant, quand le nouveau-né ne tète pas efficacement ou si l'on impose des horaires de tétées à l'encontre des horaires à la demande. Dans cette situation, la maman voit secondairement une baisse de sa lactation en réponse à la surdistension alvéolaire.

A contrario, quand un lactocyte a été vidé par une tétée efficace, les cellules membranaires qui le délimitent sont hautes et cylindriques. Cet aspect cellulaire va permettre une augmentation de la production lactée.

En résumé la vitesse de synthèse du lait est inversement proportionnelle au degré de remplissage des alvéoles.

En pratique :

- par ce phénomène, la production lactée va pouvoir s'ajuster à la demande, d'où l'intérêt de pratiquer l'allaitement à la demande afin que le nouveau-né puisse adapter la quantité à ses besoins. Un allaitement ne respectant pas le cycle naturel de production du lait, et des seins insuffisamment vidangés provoquent une diminution de la production lactée. En réponse à cette production de lait insuffisante, l'introduction de complément de lait artificiel ou d'eau sucrée engendre un cercle vicieux inefficace ;

- a contrario, une augmentation de la fréquence et de l'efficacité des tétées permet une augmentation de la production lactée, les lactocytes étant fréquemment et efficacement vidangés, la production est relancée.

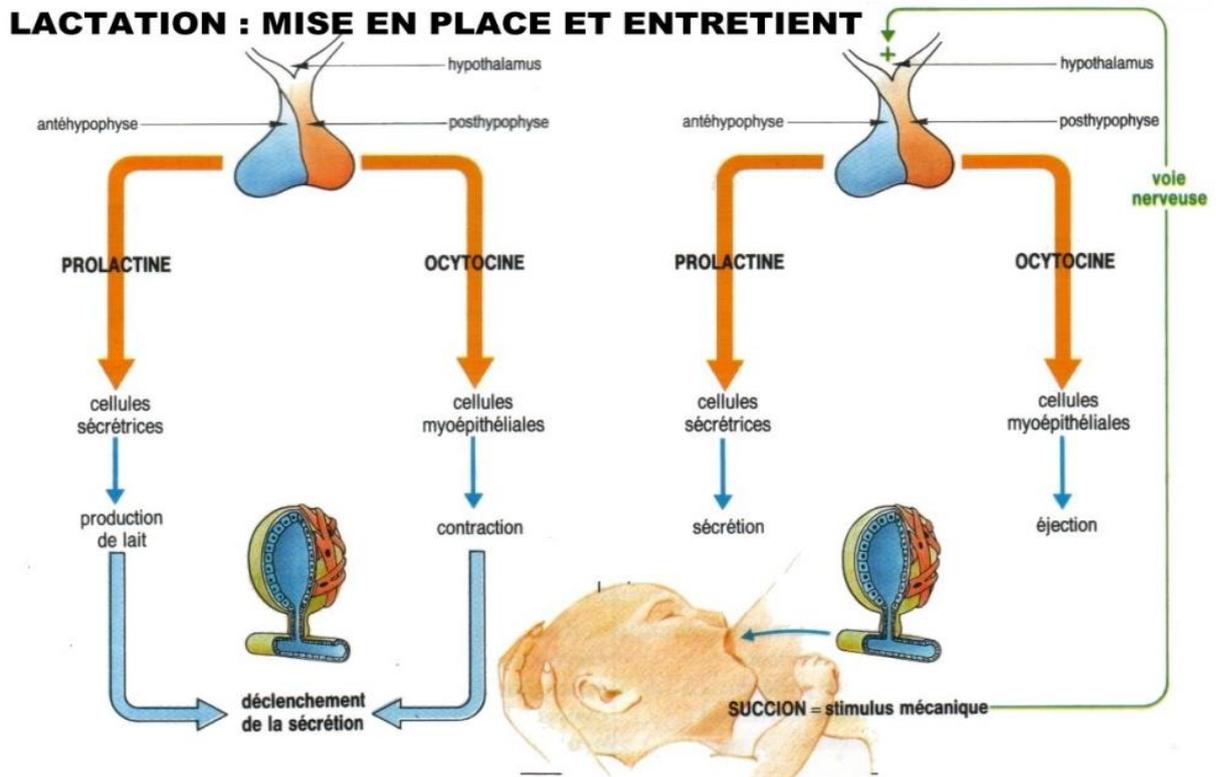


Image 1

2.2.2 Aspect qualitatif

Le lait maternel est constitué d'éléments nutritifs, ceux-ci sont synthétisés selon les mécanismes détaillés ci-dessous.

2.2.2.1 La voie des vésicules sécrétoires

Les protéines synthétisées dans l'acinus s'agglomèrent sous forme de « granule » de sécrétion. Parvenu au pôle apical de la cellule, le granule s'échappe dans la lumière de la vésicule. Ce phénomène s'appelle l'exocytose.

2.2.2.2 La voie des lipides

Le mécanisme de fabrication des graisses est spécifique de la glande mammaire. Il n'y a pas d'équivalent pour d'autres tissus de l'organisme. Les graisses s'agrègent sous forme de gouttelettes volumineuses qui migrent vers la partie apicale des cellules. Lors de leur passage dans la lumière des alvéoles, les gouttelettes lipidiques entraînent avec elles quelques cellules membranaires.

2.2.2.3 La voie de la filtration

Certaines substances de très petites tailles telles que les ions Na⁺, K⁺, Cl⁻, les bicarbonates, le glucose et l'eau issus du plasma maternel peuvent traverser directement la membrane cellulaire et passer dans la lumière alvéolaire. La concentration osmotique du lactose est proche de celle du sang maternel.

2.2.2.4 La transcytose

C'est le mécanisme par lequel de nombreuses protéines du sang maternel traversent directement le tissu glandulaire. Elle explique la présence en grande quantité dans le lait de facteurs immunologiques et hormonaux maternels non modifiés, sous forme active comme les Ig A, l'albumine, la transferrine, les hormones et les facteurs de croissance.

2.2.2.5 La voie intercellulaire

Elle fonctionne lorsque les jonctions intercellulaires sont ouvertes, pendant la grossesse, dans les 48h après l'accouchement et au moment du sevrage. Cette voie permet alors des échanges importants entre le sang maternel et la lumière alvéolaire et inversement.

Cette voie est en revanche inopérante lorsque les jonctions intercellulaires sont fermées, c'est-à-dire juste après la montée laiteuse. À ce moment-là, la composition du lait est totalement dépendante des transferts intracellulaires, c'est-à-dire des voies abordées ci-dessus.

3 Composition du lait maternel

La quantité et la qualité du lait maternel évoluent au fil des jours pour satisfaire les besoins nutritionnels du nouveau-né puis du nourrisson. Mais la composition du lait évolue également au cours d'une même tétée ainsi que tout au long de la journée.

3.1 Le colostrum

Le colostrum, sécrétion épaisse et de couleur jaunâtre, est peu abondant. La quantité moyenne est de 20-30 ml à J1 et de 40-60 ml à J2.

Le colostrum est riche en anticorps (IgA) et en millions de globules blancs : il joue un rôle protecteur contre les infections. Il est également composé d'une grande quantité de sels minéraux retenant l'eau dans l'organisme du nouveau-né et limitant ainsi la fuite hydrique et la perte de poids des premiers jours, de protéines et de graisses pour la croissance, d'hormones et d'enzymes facilitant la digestion et induisant le métabolisme hépatique. On retrouve aussi des facteurs de croissance tissulaire et des facteurs favorisant la multiplication et l'implantation de bactéries intestinales impliquées dans le bon fonctionnement du système immunitaire digestif et la défense contre les infections. La vitamine E est la plus importante des vitamines dans le colostrum.

3.2 Le lait maternel

Le colostrum est remplacé progressivement par le lait de transition puis par le lait mature. La composition du lait varie d'un jour et d'une tétée à l'autre. [25]

3.2.1 L'eau

L'eau avec 88 g / 100 ml de lait est le principal constituant du lait.

3.2.2 Les protéines

Les protéines avec 0,9 à 1,2 g / 100 ml de lait sont un autre constituant majeur du lait.

La caséine représente 30 % des protéines totales ; très fine, très digeste ; elle est le site des liaisons avec le fer.

Les protéines solubles représentent 70 % des protéines totales :

- la lactoferrine qui a une affinité pour le fer d'où sa propriété bactériostatique ;
- l'alpha-lactalbumine est impliquée dans la synthèse du lactose ;
- les immunoglobulines sont en moins grande quantité que dans le colostrum. Le lait maternel contient peu d'IgG : l'enfant les a reçues de sa mère par voie transplacentaire. Par contre le lait est très riche en IgA sécrétoires, résistantes à l'acidité gastrique et donc actives dans la protection de la barrière intestinale ;
- le lysozyme, protéine soluble, présente en quantité importante, lysant les parois des bactéries.

3.2.3 Les lipides

Leur composition est la plus variable, de 3 à 4 g / 100 ml. Elle dépend de l'alimentation maternelle, du moment de la journée, du stade de la lactation et de la période de la tétée.

Les lipides fournissent 50 % des apports caloriques :

- les triglycérides constituent 98 % des lipides. Riches en acides gras essentiels, ils sont importants pour la constitution des membranes (cerveau, rétine...) et pour la synthèse des prostaglandines ;
- le cholestérol varie peu avec l'alimentation de la mère ou le stade de la lactation. On retrouve néanmoins dans le lait humain dès les premiers jours des facteurs influençant le métabolisme du cholestérol, ce qui protégerait à long terme l'individu contre l'hypercholestérolémie.

3.2.4 Les glucides

Le lactose (6,8 g / 100 ml) est nécessaire à la construction du cerveau, il existe en quantité importante dans le lait maternel. Il protège le tube digestif contre la croissance bactérienne en induisant une baisse du pH intestinal.

Les oligosaccharides sont présents en quantité plus importante dans le colostrum que dans le lait maternel.

3.2.5 Les sels minéraux, les oligo-éléments et les vitamines hydrosolubles

Leur teneur est relativement faible par rapport au lait de vache mais suffisante pour couvrir les besoins du nouveau-né. Leur quantité n'est pas fonction de l'alimentation maternelle.

- Na = 10 à 20 mg / 100 ml ;
- Ca = 25 à 50 mg / 100 ml ;
- Fer = 0,05 mg / 100 ml ;
- le rapport calcium/ phosphore (= 2) est relativement élevé.

Les vitamines sont liées aux protéines. Les apports en vitamine D dépendent de l'alimentation de la mère.

L'apport alimentaire maternel en vitamine K influence peu la composition du lait, d'où la nécessité d'apporter au nouveau-né, 20 mg de vitamine K par semaine en prévention de la maladie hémorragique et ce pendant toute la durée de l'allaitement maternel exclusif. La concentration en vitamine C est satisfaisante.

III. Description des complications ou des difficultés de l'allaitement et sa prise en charge selon l'ANAES 2002 [8]

1. Description des complications

1.1. Douleur et lésion des mamelons [23]

Une sensibilité douloureuse est souvent inévitable au début de l'allaitement ; elle disparaît habituellement au bout de 2 à 3 jours d'allaitement. Les douleurs et lésions des mamelons avec rougeur, l'irritation pouvant entraîner des crevasses sont avant tout causées par une mauvaise prise du sein entraînant une friction anormale entre le mamelon et la langue, les gencives, les lèvres ou le palais du nourrisson.

La persistance de la douleur malgré une prise correcte du sein doit faire évoquer une pathologie, en particulier une mycose. Un examen soigneux des mamelons est recommandé avant de recourir à un traitement.



Crevasse du mamelon

Image 2



Muguet : signe de candidose mammaire

Image 3

1.2. Engorgement mammaire

La congestion mammaire se traduisant par une augmentation de volume et une tension des seins ainsi qu'une sensation de chaleur survenant dans les premiers jours suivant la naissance ne doit pas être confondue avec un engorgement. [8]

L'engorgement physiologique se traduit par un œdème résultant d'une stase capillaire et lymphatique et par une augmentation du volume de lait produit. Il témoigne de l'installation du stade II de la lactogénèse. Il se résout rapidement avec des tétées efficaces.

L'engorgement devient pathologique s'il s'accompagne de :

- fièvre
- frissons
- douleurs mammaires bilatérales
- seins durs, tendus, très douloureux
- vers le 3^e jour du post-partum
- gêne à l'écoulement du lait

Il peut évoluer vers une mastite si des mesures rapides ne sont pas prises. Les mères doivent être prévenues de l'éventualité de la survenue d'un engorgement, il est conseillé de leur apprendre à les prévenir, à identifier les signes d'engorgement et à y faire face.

1.3. Lymphangite ou mastite

La mastite est une inflammation du sein qui peut éventuellement évoluer vers une infection. Les signes cliniques sont habituellement :

- unilatéraux ;
- simple inflammation localisée d'un segment du sein avec rougeur, douleur et augmentation de la chaleur locale ;
- aspect plus sévère de cellulite avec peau d'orange : atteinte du quadrant supéro-externe et traînée rosâtre vers l'aisselle avec adénopathie ;
- fièvre ou symptômes pseudo-grippaux (T 39/40 °C avec frissons) ;
- 5 à 10 jours après l'accouchement ;
- le lait recueilli sur un coton est propre, sans trace de pus.

L'engorgement, les crevasses, les lésions du mamelon sont des facteurs de risque de mastite. Les mères doivent être prévenues de l'éventuelle survenue d'une mastite et de la manière d'y faire face. La conduite à tenir en cas de mastite doit leur être expliquée.



Mastite

Image 4

1.4. Insuffisance des apports de lait maternel

L'incapacité anatomique ou physiologique à produire suffisamment de lait est très rare. Le plus souvent, l'insuffisance de lait est la conséquence d'une conduite inappropriée de

l'allaitement (tétées inefficaces et peu nombreuses) à l'origine d'une diminution du transfert de lait au nourrisson et de la sécrétion lactée.

D'après une expérience clinique limitée dans des pays industrialisés, il apparaît que l'insuffisance de la lactation due à des causes purement physiologiques ne représente au maximum que de 1 à 5% des cas. Des observations faites dans des sociétés traditionnelles semblent indiquer des chiffres encore plus bas. [24] Cela concerne les agénésies ou hypoplasies de la glande mammaire. Une telle anomalie est rarissime et, de plus souvent unilatérale. [25]

La chirurgie mammaire, surtout la réduction mammaire, peut avoir entraîné des lésions des canaux et ainsi réduire la production de lait, mais l'allaitement n'est pas impossible dans la majorité des cas. [26]

1.5. Reprise du travail et des activités quotidiennes

La reprise du travail, des activités ou du sport ne doit pas être un obstacle à la poursuite de l'allaitement. Cette possibilité de concilier reprise d'activités et allaitement doit être envisagée avec chaque mère. Les mères doivent être informées des différentes modalités de poursuite de l'allaitement :

- tétée matin et soir ;
- expression et conservation du lait ;
- allaitement partiel ;
- reprise de l'allaitement à la demande pendant les jours de congés ou les temps de fin de semaine et les vacances.

De même, les femmes doivent être informées des mesures inscrites dans le Code du Travail pour encourager la poursuite de l'allaitement maternel (pauses sur le temps de travail, réduction journalière du temps de travail ou horaires de travail souples, lieux appropriés pour exprimer le lait).

Le recours à des professionnels de santé ou à des bénévoles formés au suivi de l'allaitement et la recherche d'un soutien en cas de difficultés sont recommandés.

2. Prise en charge des complications

2.1 Douleur et lésion des mamelons

Leur prévention repose sur un positionnement correct du nourrisson lors des tétées. L'observation des premières tétées et la correction de la position du nourrisson et de la mère par les professionnels de santé sont recommandées.

Une hygiène quotidienne (douche) est suffisante. Le nettoyage des mamelons avant et/ou après une tétée semble augmenter l'incidence des douleurs des mamelons et complique inutilement l'allaitement. En cas de lésions du mamelon, l'utilisation de topiques, de protège-mamelon ou de coupelles d'allaitement a été insuffisamment évaluée pour être recommandée.

2.2 Engorgement mammaire

La prévention de l'engorgement repose sur des tétées précoces, sans restriction de leur fréquence et de leur durée. Aucun traitement de l'engorgement n'a fait la preuve de son efficacité hormis l'expression du lait (manuelle ou à l'aide d'un tire-lait) qui réduit la stase lactée quand l'enfant est incapable de prendre le sein ou tête de façon inefficace. L'expression de lait doit être suivie d'une tétée par le bébé.

Même si le bénéfice d'un traitement symptomatique (application de froid ou de chaud) n'est pas démontré, il peut être utilisé s'il procure un soulagement à la mère.

La restriction hydrique ou le bandage des seins aggravent l'inconfort de la mère et ne sont pas recommandés.

2.3 Lymphangite ou mastite

L'engorgement, les crevasses, les lésions du mamelon sont des facteurs de risque de mastite.

Le traitement repose sur :

- la recherche des facteurs favorisants, l'observation d'une tétée et l'évaluation de la pratique de l'allaitement ;

- l'écoulement efficace du lait maternel par la poursuite de l'allaitement en optimisant le drainage du sein (tétées sans restriction de durée et de fréquence) et l'extraction du lait, surtout du côté atteint ; il n'y a aucun risque pour un nourrisson sain.

Si la tétée est trop douloureuse, l'expression du lait (manuelle ou avec un tire-lait) est indispensable. Suspender l'allaitement expose au développement d'un abcès du sein.

Le traitement antibiotique est indiqué :

- en cas de mastite infectieuse (confirmée si possible par une mise en culture du lait et réalisation d'un antibiogramme) ;
- si les symptômes sont graves d'emblée ;
- si une lésion du mamelon est visible
- ou si les symptômes ne s'améliorent pas en 12 à 24 heures.

Si possible, le lait sera mis en culture pour affirmer le diagnostic et réaliser un antibiogramme. L'antibiotique prescrit sera compatible avec l'allaitement maternel.

Le traitement symptomatique repose sur l'application de chaud ou de froid sur le sein qui peut être utilisée si elle procure un soulagement à la mère et dépend du repos.

2.4. Insuffisance des apports de lait maternel

Dans ce cas, il est proposé d'évaluer la pratique de l'allaitement, de corriger les éventuels problèmes identifiés, d'évaluer une éventuelle stagnation staturo-pondérale du nourrisson et d'apporter des conseils et un soutien visant à restaurer la confiance de la mère dans ses compétences et ses capacités.

Les mères doivent être prévenues de l'éventuelle survenue d'une insuffisance de lait, en particulier lors de la reprise du travail, et de la manière d'y faire face : augmenter transitoirement la fréquence et la durée des tétées et rechercher le soutien des professionnels de santé ou de bénévoles expérimentés.

IV. Prise en charge des complications de l'allaitement selon les autres instances de santé depuis 2002

1. Douleur et lésion des mamelons

1.1 Selon l'INVES [27]

Normalement, allaiter ne doit pas faire mal, mais cela peut cependant arriver. Le plus souvent, cela est lié à une mauvaise position d'allaitement et une mauvaise prise au sein, c'est pour cela qu'il faut veiller à bien positionner l'enfant. Plus rarement, d'autres facteurs peuvent être à l'origine d'une douleur ou d'une lésion des mamelons.

Le bon positionnement est le suivant (voir *Annexe 1*) :

- la bouche du bébé soit grande ouverte ;
- le bébé soit face à la mère, ventre contre elle, bien soutenu ;
- l'oreille, l'épaule et la hanche du bébé soient sur une même ligne droite ;
- l'oreille ne touche pas l'épaule ;
- la tête du bébé soit légèrement inclinée en arrière pour lui permettre de bien avaler.

1.2 Selon le DMG de paris : suite à une revue de la littérature en 2004 [28]

Le traitement consiste à :

- laisser les seins à l'air et si possible au soleil ;
- essayer des pommades cicatrisantes à base de vitamines A et E, de lanoline pure, d'éosine aqueuse 1% ou d'Hexomédine ;
- laisser le sein au repos pendant 6 à 12 heures en faisant téter l'enfant sur l'autre sein et en vidant le sein atteint par massage manuel s'il s'engorge, tout en évitant le tire-lait,

Si malgré cela, les lésions persistent, cela doit évoquer une infection à *Candida*. On recherche un muguet dans la bouche de l'enfant et on traite la mère et l'enfant.

Pendant longtemps, on a recommandé de bien sécher les crevasses. On avait cependant remarqué que la cicatrisation à sec engendrait des croûtes dont l'arrachement à la tétée prolongeait les douleurs et entraînait un cercle vicieux : crevasses – douleur – cicatrisation retardée, ce que l'application d'un pansement humide bien contrôlé pouvait éviter.

Enfin, des observations disparates, d'une part dans des populations qui n'avaient jamais abandonné l'allaitement et qui bénéficiaient d'une transmission traditionnelle des connaissances, d'autre part chez certaines praticiennes isolées, semblaient avoir montré les propriétés protectrices et cicatrisantes du lait maternel, bien qu'il n'y ait pas actuellement d'études ayant démontré leur efficacité.

2. Engorgement mammaire

2.1 Selon le DMG Paris 7ème [30] et dans la littérature [29]

Les facteurs favorisant sont une mauvaise position de l'enfant pendant la tétée, un enfant qui ne tète pas efficacement, des douleurs lors de l'allaitement, des crevasses, l'anxiété de la mère, et le sevrage. Le traitement repose sur l'application de cataplasmes tièdes sur les seins (Osmogel®) le massage mammaire et des douches chaudes. Du syntocinon 2 UI IM 2 fois par jour 10 minutes avant la tétée peut être prescrit.[30]

Une méta-analyse note que la Serrapeptase (Danzen®), un AINS, a une efficacité supérieure au placebo en cas d'engorgement.

Les traitements suivants ne présentaient pas de bénéfices significatifs par rapport à un placebo : cataplasmes de feuilles de chou, extrait de chou, ocytocine, applications glacées et ultrasons. L'utilisation de certaines plantes pour le traitement de l'engorgement mammaire et de la production lactée surabondante a été décrite, mais il n'existe aucune donnée scientifique sur leur efficacité.

Les mères doivent être conseillées sur les traitements symptomatiques de la douleur. Le paracétamol et l'ibuprofène sont tous les deux des options sûres chez les mères allaitantes aux doses normales d'utilisation. Par ailleurs, les mères devraient recevoir des informations sur les moyens de trouver une aide efficace pour leur allaitement.

Les professionnels de santé qui voient la mère ou le bébé après la sortie de maternité devraient systématiquement s'enquérir sur le degré de distension et d'engorgement mammaire.

3. Lymphangite ou mastite [29]

L'allaitement doit bien sûr être poursuivi, car il permet le désengorgement du sein. Le tire-lait devra être évité si l'usage de celui-ci est douloureux. L'allaitement devra être poursuivi sur l'autre sein.

Un traitement par AINS pendant 48h et des pansements est conseillé.

L'antibiothérapie *per os* antistaphylococcique pendant 7 jours reste controversée. Elle permet uniquement d'enrayer une évolution vers une galactophorite.

3.1 Selon le Protocole de l'Academy of Breastfeeding Medicine n°4 [31]

Le traitement consiste à :

- vider efficacement les seins. Les mères seront encouragées à mettre leur enfant au sein plus fréquemment et à commencer la tétée avec le sein affecté. Si la douleur inhibe le réflexe d'éjection, la mère commencera la tétée par l'autre sein, et mettra l'enfant au sein atteint dès que survient le réflexe d'éjection.
- mettre l'enfant au sein de façon à ce que son nez ou son menton soit dirigé vers la zone atteinte pour aider à drainer cette zone.
- masser le sein pendant la tétée avec les doigts enduits d'une huile comestible ou d'un lubrifiant atoxique pour aussi aider. Le massage doit se faire à partir de la zone atteinte vers le mamelon. Après la tétée, exprimer le lait à la main ou avec un tire-lait pour aussi augmenter le drainage de la glande mammaire et accélérer la résolution du problème [9]. Rien ne permet de penser que la poursuite de l'allaitement fasse courir un risque quelconque à un bébé en bonne santé et né à terme [32].



Tire lait

Image 5

- les femmes qui ne peuvent pas poursuivre l'allaitement devraient tirer leur lait à la main ou avec un tire-lait ; en effet, l'arrêt brutal de l'allaitement s'accompagne d'un risque plus élevé de survenue d'un abcès que la poursuite de l'allaitement [33].
- le repos et des apports liquidiens et nutritionnels suffisants sont des mesures essentielles. Une aide pratique à domicile pourra être nécessaire pour permettre à la mère de se reposer suffisamment.
- l'application de chaleur, par exemple une douche ou un pack chaud sur le sein avant la tétée, pourra aider le lait à couler.
- après la tétée ou l'expression du lait, des applications glacées sur le sein pourront réduire la douleur et l'œdème.

Une hospitalisation devrait être envisagée dans les cas où la mère est altérée et ne bénéficie d'aucun soutien à son domicile. Le fait que l'enfant reste avec sa mère est impératif, afin que l'allaitement puisse se poursuivre. Dans certains hôpitaux, cela implique que l'enfant soit hospitalisé avec sa mère.

Un traitement médicamenteux tel que les AINS est recommandé puisqu'il permet de réduire la douleur et facilite le réflexe d'éjection. Aux doses usuelles, l'ibuprofène est indétectable dans le lait pour des posologies quotidiennes inférieures à 1,6 g/ jour.

Si la symptomatologie clinique est modérée et présente depuis moins de 24 heures, l'utilisation d'antibiotique n'est pas nécessaire, les mesures non médicamenteuses

(expression efficace du lait et autres mesures) pourront s'avérer suffisantes. S'il n'y a aucune amélioration au bout de 12 à 24 heures, ou si la femme se sent vraiment malade, une antibiothérapie devrait être débutée.

Les antibiotiques à préférer sont habituellement les pénicillines résistantes à la pénicillinase, comme la dicloxacilline ou la flucloxacilline, à la posologie de 500 mg 4 fois par jour [34]. Les céphalosporines de première génération sont également acceptables comme traitement de première intention, mais ce choix est moins judicieux en raison de leur spectre d'action plus large. La céphalexine est habituellement utilisable chez les femmes qui sont allergiques à la pénicilline, mais la clindamycine est préférable lorsque cette allergie est sévère.

4. Infection à *Candida albicans*

En 2007, une étude prospective américaine est réalisée chez 98 mères. Elle montre un lien entre la présence de *Candida* et l'allaitement douloureux. Des cultures ont été réalisées à partir de prélèvements de lait maternel, au niveau de l'aréole et dans l'oropharynx du bébé. L'incidence de *Candida albicans* était significativement plus importante dans le groupe ayant signalé des douleurs mamelonnaires ($p=0,015$). Par contre, l'incidence du *Staphylococcus aureus* ne différait pas significativement dans les deux groupes algique et non algique ($p=0,59$). D'autres études, avec essais thérapeutiques, sont nécessaires pour déterminer le rôle du *Candida* dans l'allaitement douloureux et sa prise en charge [35]. Actuellement, on ne trouve pas d'essais cliniques récents ni de consensus sur la prise en charge de la candidose mamelonnaire. Les articles scientifiques, souvent issus de revues de la littérature s'accordent sur la prise en charge à adopter. Que la candidose soit suspectée ou avérée, les traitements décrits ci-dessous devraient être mis en place [36] [37]. L'application d'un topique local ou d'une solution en suspension sur le mamelon à base de nystatine (Mycostatine®), miconazole (Daktarin®) ou kétoconazole (Ketoderm®) est conseillée après chaque tétée. L'enfant devrait bénéficier d'un traitement oral par nystatine (Mycostatine®). Les objets en contact avec le sein maternel ou la bouche de l'enfant devraient être nettoyés et stérilisés quotidiennement (tétines, biberons, tire-lait et accessoires). Il est conseillé de remplacer les tétines régulièrement, sans oublier que la congélation n'éradique pas l'infection mycosique.

Les recommandations de la Société américaine des maladies infectieuses, datées de 2009, évoquent, en traitement des candidoses oropharyngées, l'utilisation de nystatine en suspension 4 fois par jour pendant une durée de 7 à 14 jours. En cas d'atteinte modérée à sévère, l'utilisation de fluconazole oral (Triflucan®) pendant 7 à 14 jours est recommandée.

En 2009, une autre étude américaine, réalisée chez 96 femmes par culture de leur lait, ne retrouve pas la présence de *Candida* dans les canaux galactophoriques des mères souffrant des symptômes communément admis (mamelons douloureux, inflammés, douleur profonde, irradiante et intense, persistant souvent après la tétée) dans les candidoses mamelonnaires et candidoses mammaires. Cette étude remet en question le diagnostic « symptomatique » de candidose mammaire. La méthode de désinfection cutanée (afin d'éviter le biais de contamination cutanée ou salivaire par l'enfant) ne permet pas d'écartier formellement un diagnostic de candidose mamelonnaire (cutanée uniquement). La conclusion de cette étude n'écarte pas non plus l'hypothèse que ce syndrome douloureux puisse être lié à une possible double infection à staphylocoque et à *Candida* [38].

5. Galactophorite

5.1 Selon le CNGOF [39]

Dans le cas de la galactophorite, le diagnostic dépend de plusieurs facteurs :

- accident plus tardif, au moins 10-15 jours après l'accouchement ;
- début progressif, sur plusieurs jours ;
- fièvre modérée à 38-38,5 °C ;
- douleurs de l'ensemble du sein, qui est plus ferme que l'autre ;
- signe de Budin : le lait recueilli sur un coton est mélangé à du pus.

La conduite à tenir dans ce cas est la suivante :

- suspension de l'allaitement avec le sein douloureux. Le lait doit être tiré et jeté jusqu'à la guérison ;
- antibiothérapie *per os*, active sur le staphylocoque ;
- anti-inflammatoires.

6. Abscès mammaire

6.1 Selon l'Academy of Breastfeeding Medicine [34]

Cela survient chez environ 3% des femmes qui souffrent de mastite. Les symptômes systémiques initiaux et la fièvre peuvent avoir disparu. Une échographie du sein permettra de faire le diagnostic en montrant l'abcès collecté. L'abcès peut souvent être drainé par aspiration à l'aiguille, qui sera alors diagnostique autant que thérapeutique. Plusieurs séances d'aspiration à l'aiguille pourront être nécessaires [22-24]. Dans certains cas, l'aspiration pourra se faire sous guidage par échographie. Le lait devrait être envoyé en bactériologie pour culture en cas d'abcès.

6.2 Selon le CNGOF [39]

L'hospitalisation, la consultation d'anesthésie, le bilan préopératoire et des hémocultures sont nécessaires. Le traitement est chirurgical : incision, drainage, suivi d'une antibiothérapie adaptée au germe. L'allaitement doit être arrêté. Dans tous les cas, la démarche diagnostique doit être globale et ne pas méconnaître les autres causes de fièvre du post-partum : endométrite, infection urinaire, phlébite.



Abcès mammaire

Image 6

V. Initiatives pour favoriser l'allaitement maternel : législation et programmes

1. Promotion internationale [40]

Ce plan d'action a été présenté en juin 2004 à Dublin et consiste à favoriser la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel.

Pour cela il se base sur plusieurs points :

- La politique nationale globale devrait se baser sur la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant afin de s'intégrer aux politiques générales de santé. Les associations professionnelles sont encouragées à publier des recommandations basées sur des politiques nationales. Les autorités sanitaires sont encouragées à développer des plans à court et long termes par les ministères concernés. La mise en œuvre de ses projets requiert des ressources humaines et financières adéquates.
- L'information, l'éducation et la communication sont primordiales afin de modifier la culture de l'allaitement maternel, tout particulièrement dans les pays où l'allaitement artificiel était la norme pendant de nombreuses années. Les futurs et jeunes parents doivent recevoir une information adaptée, complète et correcte en ce qui concerne l'alimentation infantile. Les conseils doivent être délivrés en entretien face à face par des professionnels de santé, des conseillers non professionnels et des groupes de soutien correctement formés. Il est primordial de repérer les besoins spécifiques des femmes qui sont les moins susceptibles d'allaiter. Les fabricants et distributeurs de substituts de lait maternel ne doivent pas distribuer de supports promotionnels de l'alimentation infantile.
- La formation initiale et continue doit être développée pour les professionnels de santé afin d'accompagner au mieux les mères au cours de leur allaitement. Les professionnels de santé doivent être encouragés à suivre des cours spécialisés dans ce domaine dont la pertinence et l'efficacité sont reconnus.
- La protection, la promotion et le soutien s'appuient sur une législation de protection de la maternité qui permet à toutes les mères qui travaillent d'allaiter leur enfant les 6 premiers mois, puis de poursuivre l'allaitement. Le but des

promotions nationales est d'établir une nouvelle norme, celle de l'allaitement maternel exclusif. Un soutien efficace nécessite une volonté d'établir des standards de pratique optimale dans tous les services de maternité et de soins infantiles. Au niveau individuel, cela signifie que toutes les femmes doivent pouvoir accéder à des services qui soutiennent l'allaitement, c'est-à-dire qui offrent notamment une assistance par des professionnels de santé adéquatement formés ainsi que par des consultants en lactation, des conseillers non professionnels, et des groupes de soutien de mère à mère. Le soutien par la famille devrait être encouragé ainsi celui de la société par le biais de projets locaux et de programmes communautaires, fondés sur la collaboration entre les services publics et les associations bénévoles. Le droit des femmes à allaiter, à quelque moment et à quelque endroit que ce soit, doit être protégé.

- Le contrôle et l'évaluation font partie intégrante de la mise en œuvre d'un plan d'action. Afin de permettre des comparaisons, le contrôle des taux d'initiation, d'exclusivité et de durée de l'allaitement devrait être effectué suivant des indicateurs, des définitions et des méthodes uniformisées. Il n'y a actuellement en Europe aucun accord sur une telle uniformisation. Le contrôle et l'évaluation des pratiques des services sociaux et de santé, de l'application des politiques, lois et codes, et de la portée et de l'efficacité de la formation, selon des critères uniformisés, devrait également faire partie intégrante des programmes d'action.
- La recherche doit expliquer l'effet des pratiques de commercialisation visées par le Code du Travail ainsi que celui d'une législation plus complète sur la protection de la maternité, les répercussions des différentes approches et interventions. Les rapports coût/bénéfices et coût/efficacité ainsi que la faisabilité des différentes interventions nécessitent aussi des recherches supplémentaires. La qualité des méthodes de recherche a besoin d'être considérablement améliorée, en particulier en ce qui concerne la conception des études, la cohérence dans l'utilisation des définitions et des standards, les différentes catégories d'alimentation et l'utilisation de méthodes qualitatives appropriées. Des règles éthiques donneraient à ces recherches l'assurance d'être libres de toute compétition et de tout intérêt commercial. La divulgation et la gestion des conflits d'intérêt possibles des chercheurs est d'une importance fondamentale.

2. Promotion nationale : programme national nutrition santé

2.1 Destiné aux professionnels de santé [41]

Ce guide, destiné aux professionnels de santé et aux associations accompagnant les mères au cours de l'allaitement maternel, reprend des points essentiels. D'après la situation actuelle, le taux d'allaitement maternel en France est un des plus bas d'Europe ; il est donc primordial de former les professionnels de santé afin d'optimiser l'initiation et la durée de l'allaitement maternel. Il décrit la composition du lait maternel et sa variabilité en fonction de l'alimentation de celle-ci. La croissance et le développement propres aux nourrissons allaités sont aussi expliqués. En effet, les enfants qui sont exclusivement nourris au sein, conformément aux recommandations de l'OMS, s'écartent sensiblement au cours de leur première année de vie des courbes de référence de croissance staturo-pondérale établies à partir d'une majorité d'enfants nourris avec des préparations lactées industrielles. Au cours du 1^{er} trimestre, la croissance en taille (+ 0,5 cm à 3 mois) et surtout en poids (+ 106 g à 3 mois) est en fait supérieure chez les enfants exclusivement nourris au sein (Kramer, 2002). Ce phénomène pourrait traduire un effet biologique propre à ce mode d'alimentation. Au-delà du 1^{er} trimestre, l'allaitement maternel exclusif a été rendu à tort responsable d'un ralentissement de la croissance, attribué notamment à un apport protéique insuffisant. Comparés à ceux qui sont allaités artificiellement, les enfants nourris au sein grossissent effectivement moins vite après l'âge de 4 à 6 mois. De même, vers l'âge de 6-8 mois se produit un ralentissement modeste, mais indiscutable, de la croissance en taille. Alors que les tailles sont équivalentes à 1 an, la différence de poids s'accuse nettement entre 9 et 12 mois, à un moment où la consommation de protéines est supérieure au besoin dans les deux groupes (Heinig,1993), ce qui écarte toute relation avec ce facteur. La croissance pondérale moins rapide des enfants nourris au sein, qui aboutit à une différence de près de 600 g à 1 an, pourrait être liée au fait qu'ils stabilisent d'eux-mêmes leur consommation énergétique à un niveau plus faible.

En ce qui concerne le développement psychoaffectif, celui-ci semble légèrement supérieur chez les enfants nourris au sein.

Ce programme rappelle également les bénéfices de l'allaitement maternel sur l'enfant concernant la diminution des infections (pour un allaitement maternel supérieur à 3

mois), des allergies (selon les antécédents familiaux), et le risque d'obésité dans l'enfance et l'adolescence.

Pour la population générale, l'augmentation du risque de diabète associée à l'absence d'allaitement ou à la brièveté de l'allaitement maternel paraît faible et ne justifie pas de recommandation systématique.

Les bénéfices pour la mère sont des suites de couches facilitées et une perte de poids plus rapide dans les 6 premiers mois du post-partum. L'allaitement maternel diminue l'incidence des cancers du sein et de l'ovaire avant la ménopause. En cas d'allaitement, le risque d'ostéoporose après la ménopause n'est pas accru, la densité osseuse revenant normale après le sevrage. Enfin, la pratique de l'allaitement maternel peut donner à la mère une motivation supplémentaire pour tenter d'arrêter un éventuel tabagisme.

Une supplémentation en vitamine D, vitamine K et fluor est nécessaire chez le nourrisson nourri au sein. La consommation de tabac, d'alcool, de cannabis, et d'autres drogues illicites est formellement contre-indiquée au cours de l'allaitement maternel. Le prématuré peut être allaité par sa mère et/ou recevoir son lait, sous réserve qu'il reçoive une supplémentation en énergie, protéines et sels minéraux.

2.2. Destiné aux mères

Afin d'aider les jeunes mères à nourrir leur enfant correctement, il existe *Le guide nutrition de la naissance à trois ans : la santé vient en mangeant* [42]. Ce guide insiste sur les bénéfices de l'allaitement pour le nourrisson, mais également pour la mère. Il insiste sur une durée minimale de 3 mois sachant qu'il est préférable de la poursuivre au moins jusqu'à 6 mois. Il décrit les bonnes positions d'allaitement, les sensations que la mère va ressentir durant son allaitement, et répond aux questions des femmes allaitantes qui s'inquiètent en général de la quantité et de la qualité de leur lait. Il permet aux mères de réduire leur anxiété quant à l'allaitement maternel et les conseille également lors de la reprise de leur travail.

3. Le réseau régional, acteur dans l'accompagnement des mères

3.1 Le réseau périnatal Poitou-Charentes [43]

Il se constitue sous la forme d'une association loi 1901.

Il a été créé afin :

- d'assurer une prise en charge adaptée au bon déroulement de la grossesse ;
- d'apporter un soutien personnalisé à chaque femme enceinte ou chaque couple leur permettant d'identifier au mieux leurs besoins et leurs attentes et de trouver les réponses adaptées.

Son objectif secondaire est de permettre à l'ensemble des professionnels de santé périnatale :

- de se regrouper sous la forme d'une association promotrice d'une nouvelle organisation transversale de travail entre les professionnels des établissements de naissance (publics et privés), les professionnels libéraux (sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, échographistes...), les professionnels des services de PMI, de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie adulte, les acteurs du secteur médico-social ou social...
- d'expérimenter une forme nouvelle et collégiale de collaboration, une façon de créer et renforcer les liens entre tous les acteurs de santé.

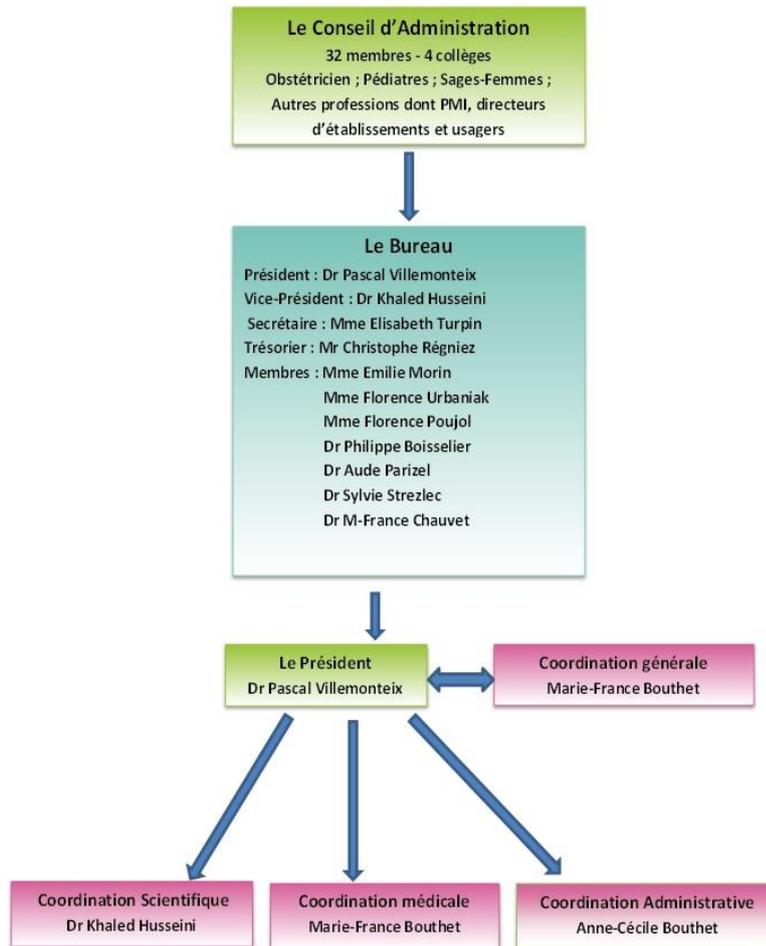
Le plan de périnatalité 2004 – 2007 prévoit la couverture de l'ensemble du territoire par des réseaux de périnatalité. Ceci implique que chaque maternité devra appartenir à un réseau de santé en périnatalité.

Les objectifs de ce réseau sont :

- d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés ;
- d'assurer une accessibilité à une offre de soins en périnatalité mieux connue, décloisonnée et égale pour tous, tout en développant une offre plus humaine et plus proche ;
- d'organiser la coordination et les relais nécessaires entre tous les acteurs à tous les stades de suivi et de prise en charge de la mère et de l'enfant ;

- de mettre en lien le réseau inter-établissements avec le secteur libéral, les institutions dans le champ sanitaire, médico-social et social afin de renforcer la continuité et la qualité de la prise en charge.

Il est constitué par :



Il met à disposition un livret d'information, intitulé « Un couple, un enfant, des parents ».

3.2 La PMI

Le service de PMI est informé de toutes les naissances de la Vienne. Il met à disposition des professionnels pour accompagner les mères, les guider et les rassurer. La puéricultrice apporte des conseils et des informations pratiques lors de visites à domicile (VAD), de permanences ou de consultations du nourrisson et du jeune enfant.

Les professionnels de PMI peuvent également proposer des temps d'échanges et de rencontre autour de la parentalité : ateliers gym et massage, café des parents, groupe d'allaitement, rencontres autour de la maternité, rencontres à thèmes...

Une puéricultrice est à disposition des jeunes parents pour les rencontrer à leur domicile, spontanément ou à leur demande. Une puéricultrice ou une auxiliaire de puériculture peut les recevoir avec ou sans rendez-vous (selon les lieux de permanence). Elle assure le suivi du développement de leur enfant et peut répondre à leurs questions (poids, alimentation, sommeil...).

Une puéricultrice ou une auxiliaire de puériculture, et un médecin reçoivent les parents sur rendez-vous en consultation. Ils assurent le suivi médical et vaccinal de leur enfant. Ils peuvent également orienter les parents selon les handicaps et les maladies chroniques.

En fonction des secteurs de résidence, il leur est également possible de rencontrer la psychologue de PMI sur des temps de consultation.

En 2007, plus de 30 % des enfants dans leur premier mois de vie ont pu bénéficier d'un contact avec la PMI. Le problème actuel est un temps d'attente pour une première consultation de PMI de plus de 2 mois, l'objectif est de le réduire à 1 mois.

3.3. Maisons Départementales de la Solidarité

Il y a actuellement 9 Maisons Départementales de Solidarités dans la Vienne. Elles se situent à Chauvigny, Civray, Fontaine-le-Comte, Jaunay-Clan, Loudin, Montmorillon, Poitiers et deux à Châtelleraut.

Le schéma départemental d'action sociale 2011 - 2013 est établi pour mieux répondre à l'utilisateur en le rendant acteur de la résolution de ses difficultés. Ce schéma, d'une durée de 3 ans, s'articule autour de trois grandes priorités :

- améliorer l'accueil du public, notamment par un accès plus rapide et plus complet à des informations, des conseils et des droits ;

- mieux répondre au public par une prise en charge globale de la personne sur de nouveaux territoires d'interventions sociales ;
- mieux structurer les dispositifs prévus par la loi et rendre plus lisible l'ensemble des missions accomplies.

Le service départemental d'action social assume quatre grandes missions :

- l'accueil, l'orientation et l'accompagnement des publics en difficultés ;
- l'insertion sociale et professionnelle des bénéficiaires du RSA ;
- l'accompagnement des majeurs vulnérables ;
- la prévention et la protection de l'enfance.

Dans le domaine de l'aide sociale à l'enfance, le service social conduit des évaluations sociales et accompagne des familles au titre de la prévention et de la protection, en totale coordination avec les services de la direction enfance et famille.

Les services de PMI avec les sages-femmes, puéricultrices ou auxiliaires de puériculture interviennent via ces MDS au domicile des mères pour les encadrer, les informer et surveiller l'évolution de l'allaitement, du nourrisson.

4. Les associations

Dans la Vienne, il existe plusieurs associations d'aide aux parents, à la maternité, ou encore à l'allaitement. Parmi celles-ci, on retrouve deux associations très actives dans le soutien à l'allaitement.

L'association Parentalité et partage se situe à Bressuire. Cette association a pour but de soutenir l'allaitement maternel, le maternage ou tout autre sujet en lien avec la parentalité. Elle offre un lieu d'échange et d'écoute aux parents et futurs parents. Elle soutient les compétences parentales, les initiatives des parents qui peuvent venir faire des activités au sein de l'association. En mettant en place un réseau de soutien et d'échange, en organisant des espaces de discussion et de réflexion, en proposant la vente de produits et de services en lien avec la parentalité, cette association est un bon soutien pour les parents.

L'association Naître et Grandir se situe à Poitiers. Elle permet un échange autour de la maternité et propose des activités (jeux et bibliothèque). Les sujets abordés concernent entre autres le portage du nourrisson, le massage du bébé, et l'allaitement. Elle est fréquemment sollicitée par les jeunes parents.

VI. Au sujet du retour à domicile

1. Selon l'OMS [44]

Le retour à domicile et l'accompagnement des mères est décrit depuis 1999 par l'OMS. Il repose sur les 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel (voir *Annexe 2*).

2. Selon le plan d'action pour la promotion de l'allaitement maternel de 2010 [45]

A la sortie de la maternité, ce plan a pour objectifs :

- d'accompagner chaque couple mère/enfant dès la sortie de la maternité (PMI, libéraux, associations) ;
- de mettre en place dans chaque unité territoriale de PMI un référent pour l'allaitement ;
- de proposer à chaque femme une consultation d'allaitement par un professionnel de santé formé, entre J8 et J15, remboursée à 100 % ;
- de rendre obligatoire dans les structures d'accueil de nourrissons et de jeunes enfants et chez les assistantes maternelles l'application des recommandations de l'Afssa sur le recueil, le transport et la conservation du lait maternel ;
- de faire figurer les standards de croissance de l'OMS dans les carnets de santé.

Ce plan vise également à développer le label IHAB. La maternité doit satisfaire aux conditions décrites dans *l'Annexe 3*.

3. Sortie précoce [46]

Ces recommandations s'adressent aux couples mère-enfant à bas risque médical, psychique et social. Avant toute sortie, de nombreux critères sont vérifiés par l'équipe médicale tant chez la mère (risques hémorragiques et infectieux, traitements, fragilité psychologique ou sociale) que chez l'enfant (examen clinique, alimentation, selles, mictions, ictère...).

La sortie standard de la maternité a été définie après la naissance d'un nouveau-né unique sans complications entre 72 et 96 heures (3 à 4 jours) après un accouchement par voie basse. Et entre 96 et 120 heures (4 à 5 jours) après un accouchement par césarienne.

Une sortie précoce est définie comme toute sortie de maternité :

- au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse sans complications d'un nouveau-né unique (dans les 3 premiers jours) ; ou
- au cours des 96 premières heures (dans les 4 premiers jours) après un accouchement par césarienne

La HAS recommande de choisir un professionnel référent qui effectuera le suivi du retour à domicile, à contacter avant la naissance. Il peut s'agir d'une sage-femme, du médecin généraliste ou d'un spécialiste.

Ce suivi comprend deux visites en cas de sortie standard, la première devant avoir lieu dans les 48 heures qui suivent la sortie de maternité. En cas de sortie précoce, trois visites sont prévues, dont la première dans les 24 heures.

Ensuite, concernant l'enfant, un examen par un pédiatre ou un médecin généraliste est à prévoir entre le 6^{ème} et le 10^{ème} jour de vie. « Au cours de cette deuxième semaine de vie, l'examen du nouveau-né peut être complété par la visite du professionnel référent de suivi », précise la HAS.

Les médecins généralistes seront amenés à prendre en charge plus fréquemment le suivi des nourrissons ainsi que leurs mères. C'est pourquoi nous avons voulu évaluer les connaissances des médecins généralistes autour de l'allaitement maternel et étudier leurs pratiques concernant la prise en charge des complications en ambulatoire chez la femme et le nourrisson, notamment en ce qui concerne l'allaitement maternel.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I Description de l'étude

Afin d'évaluer les connaissances et pratiques des médecins généralistes de la Vienne concernant la prise en charge des complications au cours de l'allaitement maternel, nous avons effectué cette étude via un questionnaire informatique.

Ce questionnaire est composé de 20 questions fermées, certaines à choix multiples, s'articulant autour des données sociodémographiques des médecins, de leurs connaissances sur les complications maternelles et du nourrisson au cours de l'allaitement ainsi que de leur expérience personnelle avec l'allaitement. Il y a également deux questions concernant leur formation initiale et leur désir de formation médicale continue. Ce questionnaire est détaillé en *annexe 4*.

Ce questionnaire a été constitué via Google Drive, puis il a été envoyé par courriel. L'étude s'est déroulée entre le 1^{er} juin et 31 juillet 2014.

1. Échantillon

Le Conseil de l'Ordre des Médecins généralistes de la Vienne a transmis ce questionnaire aux médecins généralistes ayant préalablement donné leur accord. Il y a actuellement, selon le Conseil de l'Ordre des Médecins, 428 médecins généralistes exerçant dans la Vienne. Seulement 52 ont autorisé le Conseil de l'Ordre à transmettre ce genre de questionnaire. Nous avons également contacté via un réseau informel 113 médecins généralistes exerçants dans la Vienne. Nous avons obtenu 62 réponses valides.

1.1.1 Les critères d'inclusion

Seules les réponses données entre le 1^{er} juin et 31 juillet 2014 pouvaient être retenues. Le questionnaire devait être rempli par un médecin généraliste exerçant dans la Vienne, et non par un remplaçant. Un questionnaire unique par praticien pouvait être accepté.

1.1.2 Les critères d'exclusion

Les questionnaires doublons ont été exclus, de même que les réponses incomplètes, les questionnaires remplis par des médecins remplaçants, ou les questionnaires envoyés après le 31 juillet 2014.

Nous avons exclu 6 questionnaires, 3 étaient des doublons, un était incomplet, un venait d'un médecin remplaçant et un a été renvoyé après le 31 juillet 2014. Cette étude comptabilise 62 réponses au total, soit un taux de participation de 15 %.

II Méthode d'observation

Afin de connaître la pratique et les connaissances des médecins généralistes de la Vienne concernant la prise en charge des complications de l'allaitement maternel, nous avons réalisé une étude de pratique, descriptive, abordant les conduites à tenir habituelles des médecins généralistes dans le cas particulier des complications de l'allaitement maternel, en les interrogeant également sur leurs connaissances théoriques en rapport avec cette situation.

D'autre part, nous avons effectué une étude rétrospective, dans laquelle nous demandions aux médecins interrogés de décrire leur formation initiale et d'évaluer leur besoin de formation. L'expérience personnelle de l'allaitement maternel et le fait d'avoir été allaité a également été étudié.

1 Étude de pratique et connaissances

Cette enquête descriptive étudie les caractéristiques suivantes :

- le profil personnel (sexe et âge), professionnel (secteur d'activité, activité pédiatrique, formation spécifique à l'allaitement maternel) des médecins interrogés ;
- la connaissance par les médecins généralistes des dernières recommandations de l'OMS et de l'ANAES sur la prise en charge des complications de l'allaitement maternel (maternelles et du nourrisson) ;
- leur formation initiale et leur souhait de formation spécifique concernant l'allaitement maternel ;
- leur expérience personnelle en lien avec l'allaitement maternel.

III Méthode d'évaluation

Le but de notre étude était de savoir si les médecins généralistes de la Vienne possédaient les connaissances et donnaient des conseils adaptés en cas de complications au cours de l'allaitement maternel.

À partir des facteurs étudiés dans notre enquête, nous avons établi comme principaux critères de jugement :

- les connaissances et conseils donnés à la mère en cas de complication au cours de son allaitement maternel ;
- les connaissances et conseils donnés à la mère concernant les complications du nourrisson ;
- l'étude des paramètres sociodémographiques et personnels selon les réponses données.

Pour cela, nous avons travaillé via un système de notation. Concernant les 9 questions portant sur les connaissances des médecins généralistes de la Vienne, nous avons noté leurs réponses à chaque question, puis nous avons effectué le total.

Le système de notation est basé sur :

- pour les questions à choix unique : une note totale sur 1 point, une bonne réponse 1 point, une mauvaise 0 point.
- pour les questions à choix multiples, les notes sont sur 2 points :
 - si les médecins donnaient deux bonnes réponses : 2 points
 - si les médecins donnaient une seule bonne réponse : 1 point
 - si les médecins donnaient une bonne et une mauvaise réponse : 1 point
 - si les médecins donnaient 2 bonnes et une mauvaise : 1 point
 - si les médecins donnaient une réponse qui risquait d'aggraver la situation ou de compromettre l'allaitement maternel : - 1 point.

La notation évolue de - 4 à 15 points au total. Le système de notation est expliqué en détail dans *l'annexe 5*.

IV Analyse statistique

Afin d'expliquer le niveau de connaissance des médecins de l'étude, un modèle linéaire a été réalisé. L'impact de chaque covariable a été testé par analyse de variance ou ANOVA. Cette étude a été possible car la distribution des notes dans la population étudiée est normale (test de Shapiro, p-value > 0,05).

Nous avons testé les variables une à une dans une première approche univariée. Les covariables associées à une p-value < 0,10 ont ensuite été conservées afin de procéder à l'analyse multivariée et à l'étude des interactions entre variables explicatives. La sélection des variables significatives en analyse multivariée a été réalisée par la méthode de sélection pas à pas descendante ou « backward selection ».

La validation du modèle multivarié a été réalisée par l'étude des résidus. Afin de vérifier l'hypothèse de départ selon laquelle ils suivent une loi normale centrée en zéro, nous avons testé la normalité, l'homoscédasticité et la distribution de ces derniers.

RÉSULTATS

I Description de l'échantillon

L'étude porte sur le niveau de connaissance des médecins généralistes de la Vienne concernant l'allaitement. Ce niveau de connaissance a été évalué par le biais d'un questionnaire dont les notes finales évoluent de -1 à 10 sur 15 points. Trois types de variables ont été étudiés afin d'évaluer ce niveau de connaissance. Le premier type de covariables porte sur les caractéristiques globales des sujets : âge, sexe, lieu d'exercice. Le second type porte sur leur rapport personnel à l'allaitement : expérience personnelle de l'allaitement, allaitement pendant leur propre enfance, allaitement conseillé auprès des jeunes parents et fréquence de suivi des nourrissons allaités. Enfin, le troisième type de covariables concerne le type de formations suivies par les médecins, la sensation qu'ils ont d'avoir été suffisamment formés et leur volonté de suivre une FMC. La note moyenne est de 5,18.

1. Taux de participation

Sur les 52 médecins sollicités par le Conseil de l'Ordre des Médecins, 19 ont répondu au questionnaire. Parmi les 113 médecins sollicités grâce à un listing personnel de médecins, 48 ont répondu au questionnaire. Au total, nous avons eu 67 réponses, dont 62 exploitables. On notera que 17 médecins souhaitaient connaître les résultats de l'étude. Parmi les 428 médecins généralistes exerçant dans la Vienne, notre taux effectif est de 15 %.

2. Profil de l'échantillon

2.1 Sexe et âge des médecins :

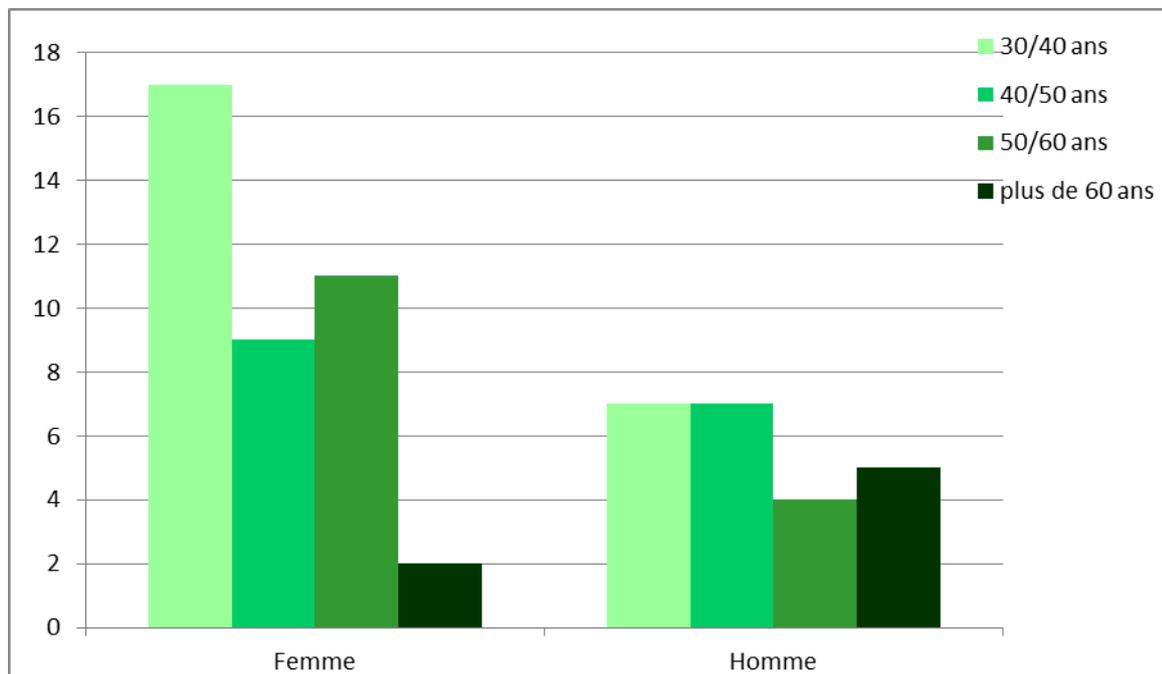
Dans notre étude, 63 % des médecins sont des femmes, soit un ratio de 2 femmes pour un homme.

La moyenne d'âge de ces médecins se situe entre 30 et 40 ans.

La distribution des médecins de l'étude d'après leur âge est la suivante :

- 24 médecins se situent dans la tranche d'âge des 30 /40 ans, soit 38 % ;
- 16 médecins se situent dans la tranche d'âge des 40 / 50 ans, soit 26 % ;
- 15 médecins se situent dans la tranche d'âge des 50 / 60 ans, soit 25 % ;
- 7 médecins ont plus de 60 ans, soit 11 %.

La répartition de notre échantillon de population selon l'âge et le sexe est représentée sur le graphique 1.



2.2 Secteur d'activité et fréquence de suivi des nourrissons :

Concernant leur secteur d'activité, notre échantillon est réparti de la manière suivante :

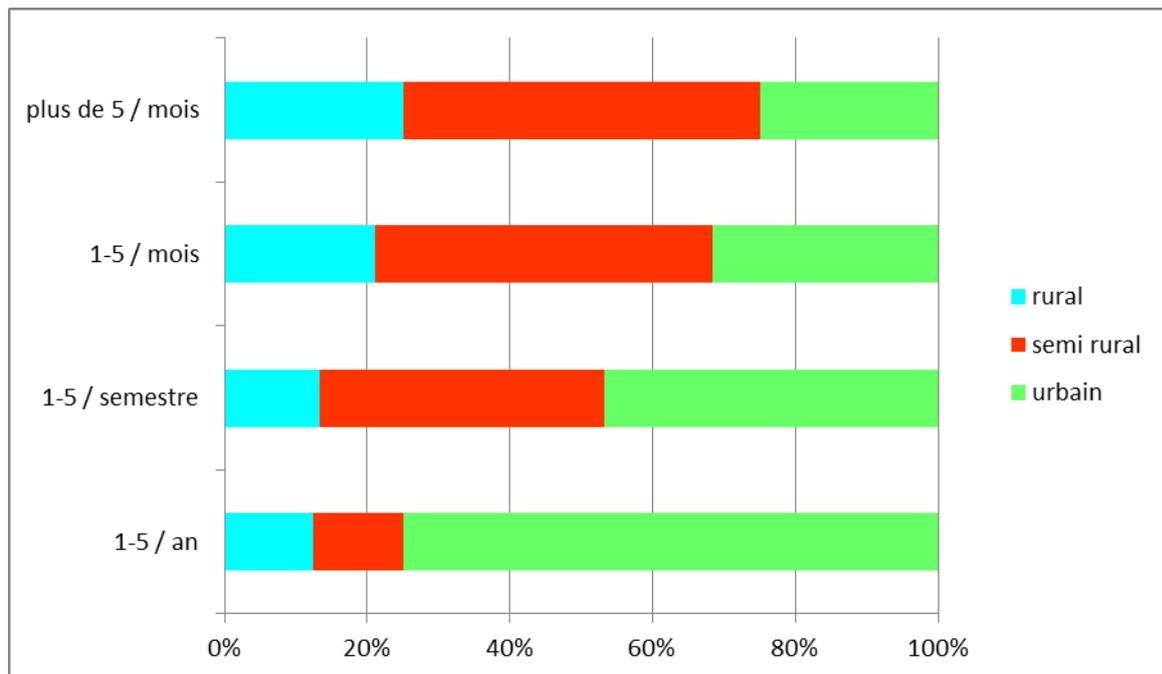
- 39 % des médecins exercent en milieu urbain ;
- 42 % des médecins exercent en milieu rural ;
- 19 % des médecins exercent en milieu semi-rural.

Lorsque l'on regarde la fréquence de suivi des nourrissons, notre échantillon est réparti comme suit :

- 13 % des médecins voient en consultation 1 à 5 nourrissons / an ;
- 24 % des médecins voient en consultation 1 à 5 nourrissons / semestre ;

- 31 % des médecins voient en consultation 1 à 5 nourrissons / mois ;
- 32 % des médecins voient en consultation plus de 5 nourrissons par mois.

La répartition de notre échantillon en fonction du secteur d'activité et de la fréquence du suivi des nourrissons est décrite dans le graphique 2.

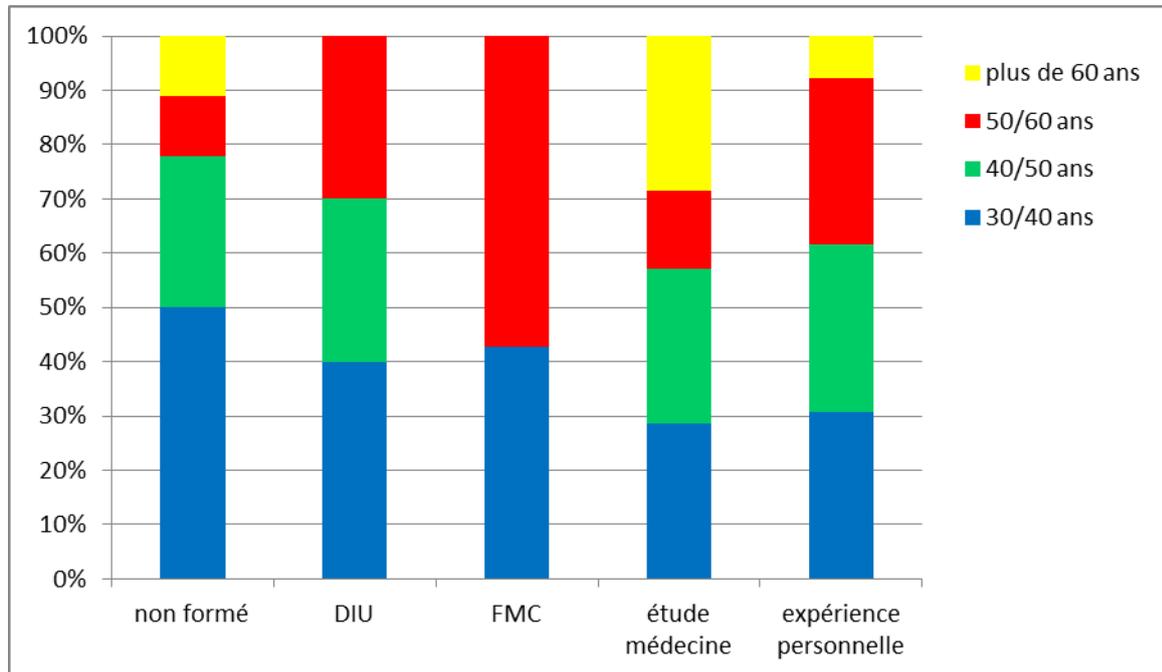


2.3 Formation à propos de l'allaitement maternel :

Parmi les 62 réponses, 18 médecins déclarent ne pas avoir eu de formation concernant l'allaitement maternel, soit 29 %. Dix médecins ont effectué un Diplôme Universitaire de gynécologie, soit 16 % ; 7 % ont reçu une formation spécifique au cours d'une FMC. Dans notre étude, 14 médecins ont reçu cette formation au cours de leurs études de médecine, soit 23 %, et 13 médecins ont une formation due à leur expérience personnelle avec l'allaitement maternel, soit 1/5.

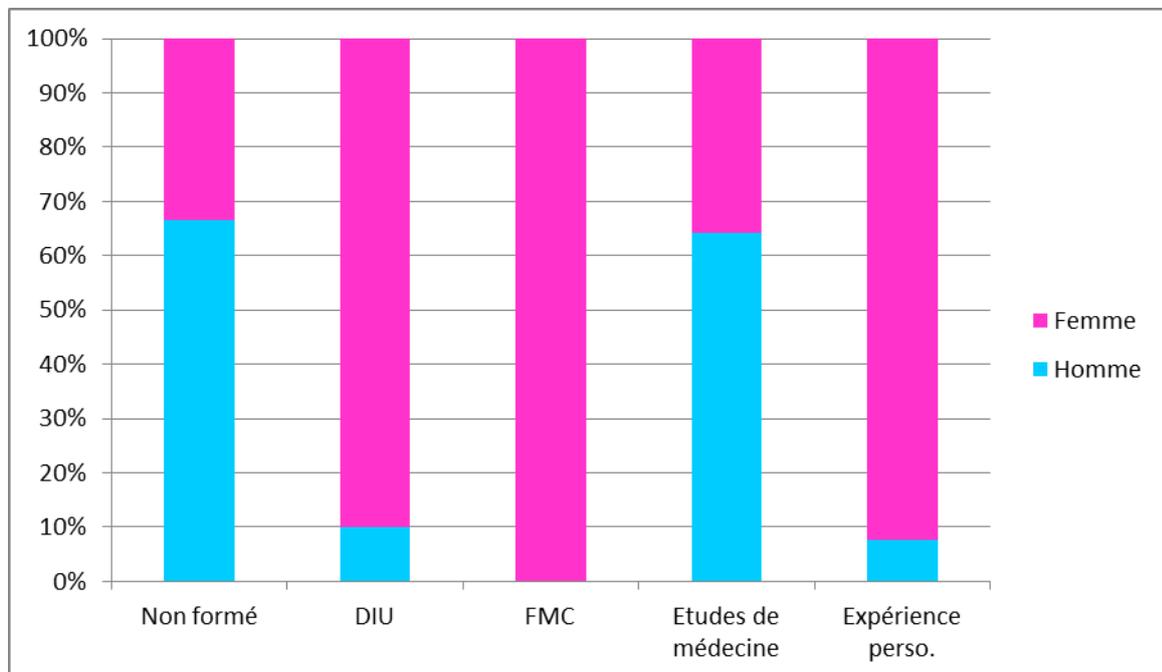
Répartition de l'âge médecins selon leur formation

Graphique 3



Répartition du sexe des médecins selon leur formation.

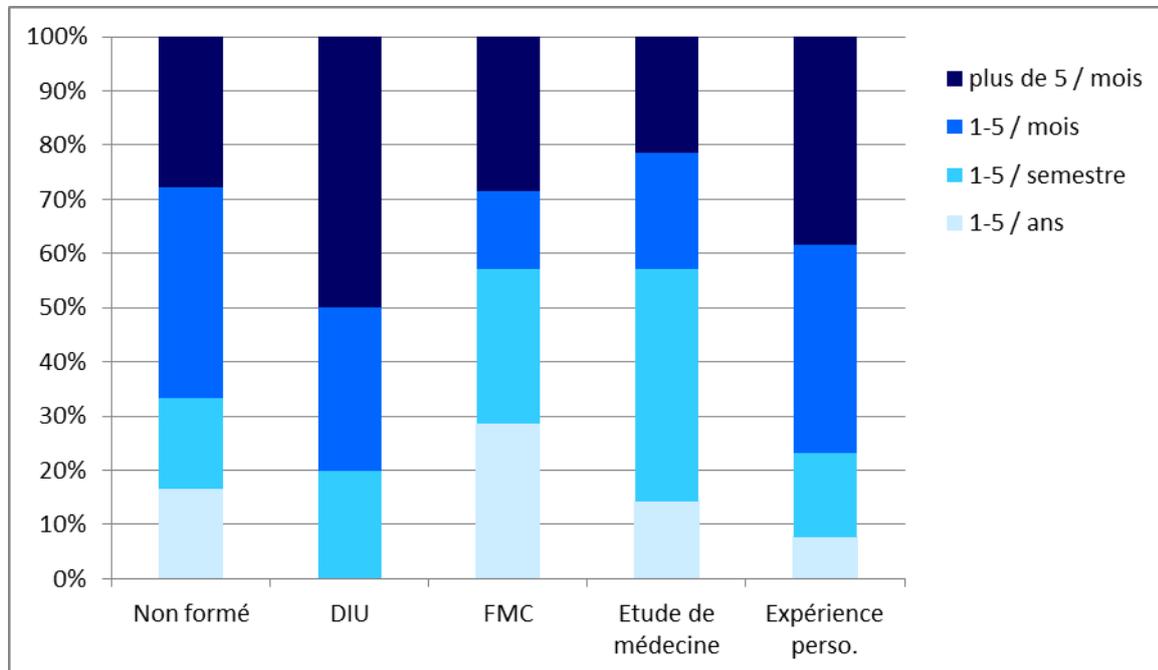
Graphique 4



73 % des médecins estiment de pas être suffisamment formé.

Répartition de l'activité des médecins selon leur formation

Graphique 5



Ils sont 81 % à être intéressés par une formation spécifique concernant l'allaitement maternel et la prise en charge de ses complications. Seulement 8 % estiment être suffisamment formés et 11 % pensent qu'il y a des sujets plus importants à aborder en FMC.

3. Connaissances et pratiques des médecins généralistes

3.1. Concernant l'initiation de l'allaitement :

3.1.2 Explications du principe des tétées à la demande :

Les connaissances des médecins de l'étude concernant la tétée à la demande sont les suivantes :

- 42 % des médecins expliquent cela lorsque le bébé « cherche » et met ses mains à sa bouche ;
- 28 % des médecins expliquent que les tétées doivent être toutes les 2 à 3 heures ;

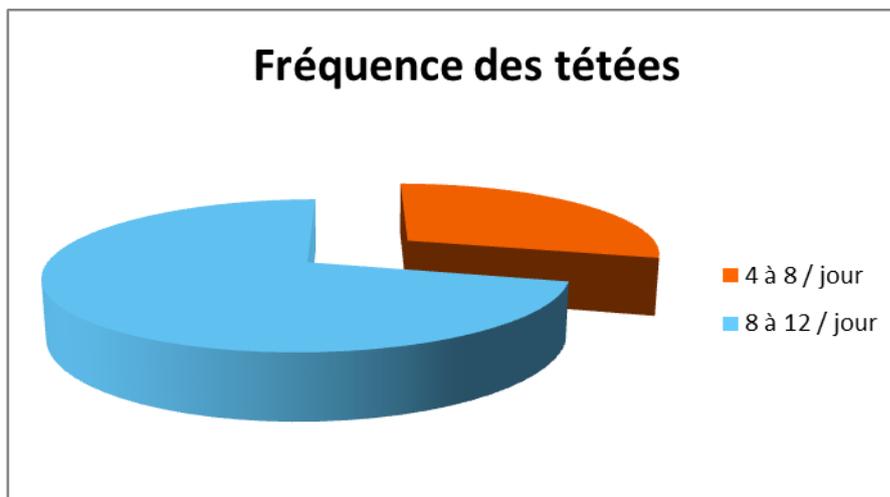
- 18 % des médecins expliquent que les tétées à la demande sont à réaliser lorsque le bébé pleure ;
- 12 % des médecins expliquent que les tétées doivent être proposées dès l'éveil calme du bébé.

3.1.3 Concernant la fréquence des tétées :

D'après les réponses des médecins au questionnaire, 29 % pensent que la fréquence des tétées au cours du premier mois de vie est de 4 à 8 / jour alors que 71 % des médecins pensent que la fréquence des tétées au cours du premier mois de vie est de 8 à 12 / jour.

Graphique 6

Réponses des médecins concernant la fréquence des tétés.

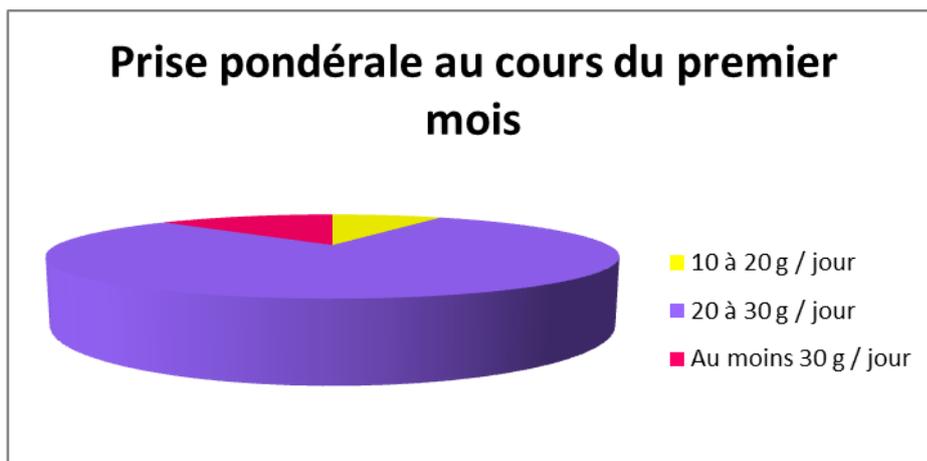


3.2 Concernant le développement pondéral de l'enfant au cours des trois premiers mois de vie :

Dans notre étude, 49 médecins (79 %) pensent que le nourrisson doit prendre entre 20 et 30 grammes par jour, 8 médecins (13 %) pensent que le nourrisson doit prendre au moins 30 grammes par jour, et 5 médecins (8 %) pensent que le nourrisson doit prendre entre 10 et 20 grammes par jour.

Graphique 7

Réponses des médecins généralistes concernant la prise pondérale au cours du premier mois de vie chez les nourrissons allaités.



3.3 Concernant les complications maternelles liées à l'allaitement :

3.3.1 En cas de crevasse unilatérale

Les recommandations des médecins de l'étude en cas de crevasse unilatérale sont les suivantes :

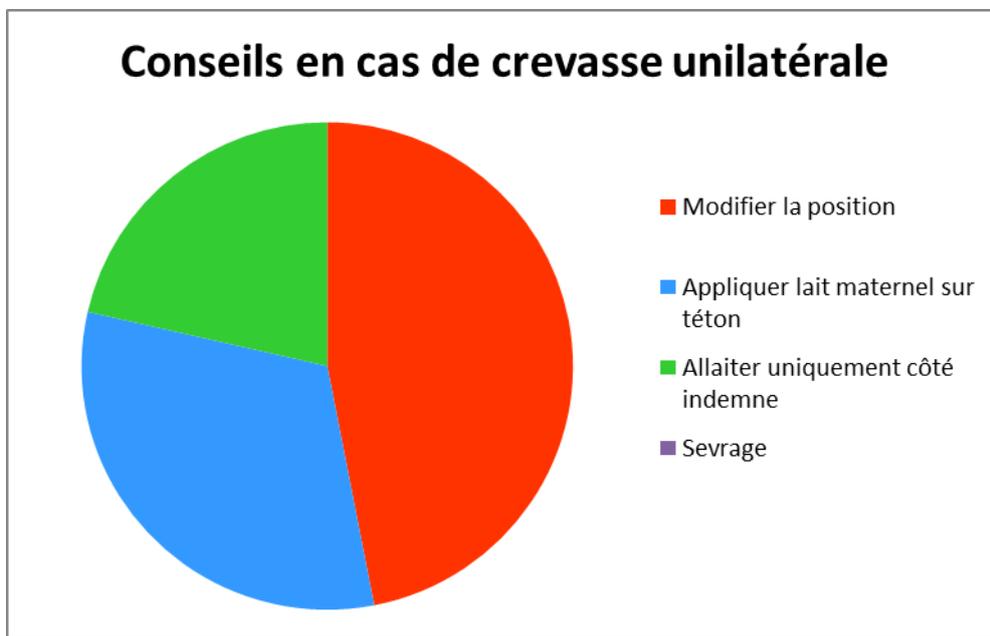
- 46 % des médecins conseillent la poursuite de l'allaitement en modifiant la position du bébé et éventuellement de compléter avec un tire-lait du côté douloureux ;

- 31 % des médecins conseillent la poursuite de l'allaitement maternel du côté douloureux et d'appliquer en fin de tétée du lait maternel sur le mamelon douloureux ;
- 23 % des médecins conseillent d'allaiter uniquement du côté indemne.

En revanche, aucun des médecins ne conseille un sevrage.

Graphique 8

Réponses des médecins généralistes concernant les conseils en cas de crevasse unilatérale.



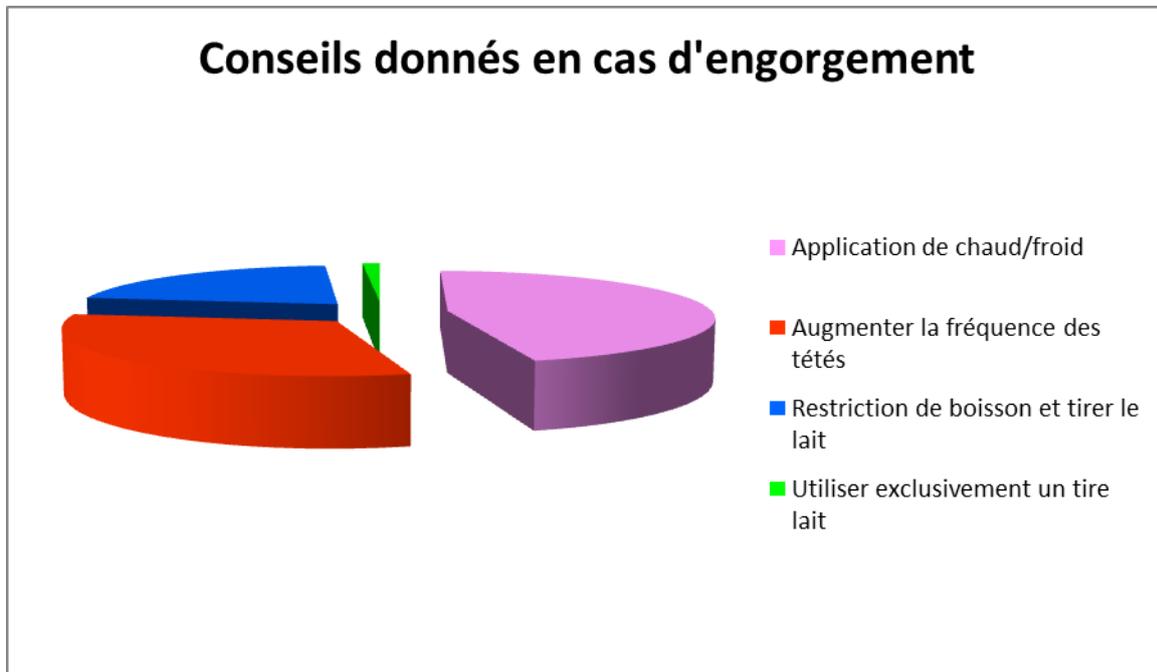
3.3.2 En cas d'engorgement

Près de la moitié des médecins (45 %) recommande l'application de chaud ou de froid sur le sein engorgé.

Au total, 31 % recommande d'augmenter la fréquence des tétées en particulier du côté engorgé, alors que 21 % préconise la restriction de quantité de boisson et de tirer son lait entre chaque tétée. Seulement 3 % recommande l'utilisation un tire-lait exclusif.

Graphique 9

Réponses des médecins généralistes concernant les conseils en cas d'engorgement.



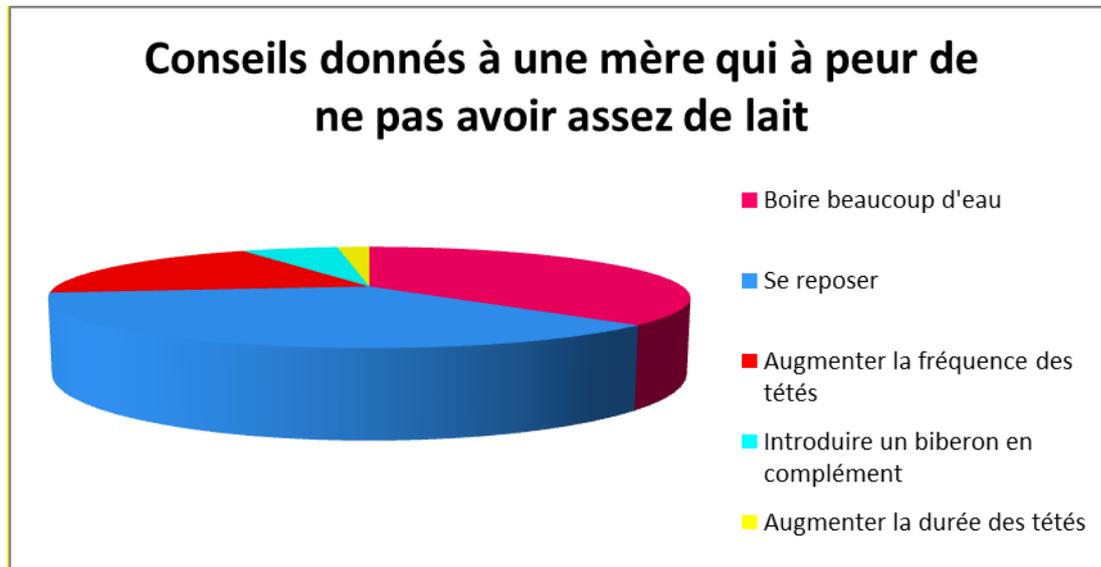
3.3.3 Les conseils donnés à une mère qui craint de ne pas avoir assez de lait

Parmi les différents conseils donnés aux mères qui ont peur de ne pas avoir assez de lait pour allaiter leur nourrisson correctement, on retrouve les suivants :

- 37 % des médecins recommandent de boire beaucoup d'eau ;
- 36 % recommandent à la mère de se reposer ;
- 19 % recommandent d'augmenter la fréquence des tétés ;
- 6 % proposent l'introduction d'un biberon en complément ;
- 2 % des médecins recommandent d'augmenter la durée des tétés.

Graphique 10

Réponses des médecins généralistes données à une mère qui craint de ne pas avoir assez de lait.



3.4 Concernant l'évaluation de l'efficacité des tétées

Le critère principal de jugement d'efficacité des tétées est réparti comme suit :

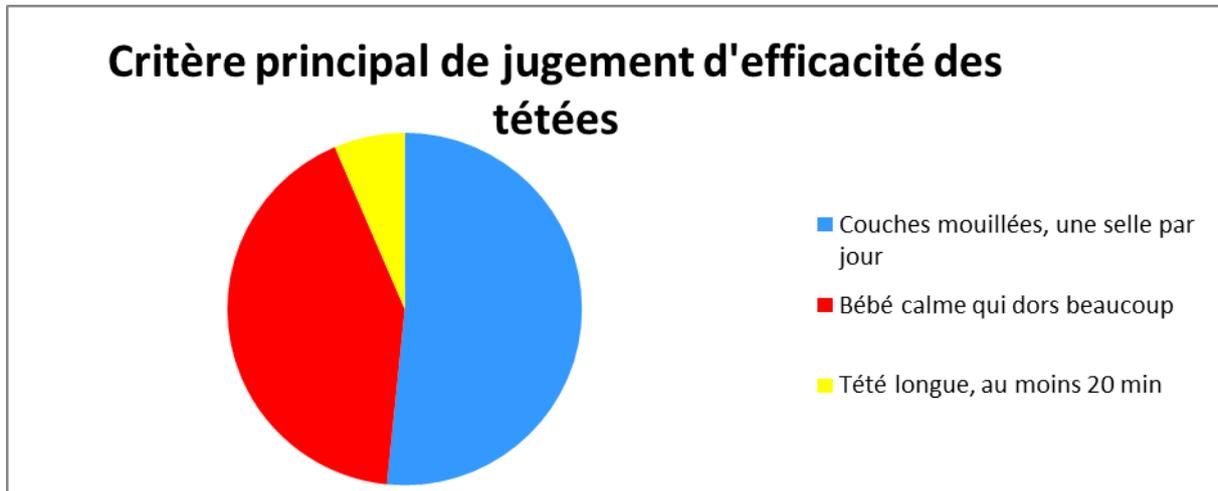
32 médecins (52 %) pensent qu'une tétée est efficace lorsque les couches sont mouillées et qu'il y a au moins une selle par jour ;

26 médecins (42 %) pensent qu'une tétée est efficace lorsque le bébé est calme, dort beaucoup et s'endort au sein ;

3 médecins (6 %) pensent qu'une tétée est efficace lorsqu'elle est longue, au moins 20 minutes.

Graphique 11

Réponses des médecins généralistes concernant le critère principal de jugement de l'efficacité des tétés.



3.5 Concernant deux cas pratiques

3.5.1 Les conseils donnés à une mère inquiète que son bébé ne se calme qu'au sein

Lorsqu'une mère très inquiète vient en consultation avec son bébé de 3 semaines parce qu'il pleure et ne se calme qu'au sein, son examen clinique étant normal, les conseils donnés par les médecins sont les suivants :

- 55 % des médecins rassurent la mère en lui disant que ses pleurs ne doivent pas l'inquiéter, qu'ils diminuent avec des paroles douces et rassurantes et des câlins ;
- 44 % des médecins expliquent que ces pleurs sont physiologiques et qu'il faut mettre le nourrisson au sein autant que possible à cette période et que cela durera quelques jours ;
- 1 % des médecins pensent que la mère n'a pas assez de lait et qu'il faut introduire un biberon en complément.

3.5.2 En cas de stagnation pondérale

Si le nourrisson présente une stagnation pondérale, les conseils de surveillance donnés par les médecins de l'étude sont :

- 52 % des médecins conseillent de surveiller les couches (urines, selles) et de peser le bébé deux fois par semaine à la PMI ou au cabinet ;
- 36 % des médecins conseillent de noter l'heure et la durée des tétées ;
- 9 % des médecins conseillent de peser le nourrisson quotidiennement au cabinet ou à la PMI ;
- 3 % des médecins conseillent de peser le nourrisson à domicile avant et après chaque tétée.

3.6 Orientation vers une tierce personne si les problèmes persistent

Dans notre étude, 10 % des médecins ne savent pas vers qui adresser la patiente et son nourrisson, alors que 38 % des médecins les adressent à la PMI, 21 % les adressent vers une sage-femme, 17 % les adressent vers des associations de femmes allaitantes et 13 % des médecins les orientent vers le réseau « périnatal ».

4. Désir de formation des médecins généralistes

Au total, 73 % des médecins pensent a posteriori après avoir répondu au questionnaire ne pas être suffisamment formé sur le sujet et 81 % des médecins seraient intéressés par une formation médicale continue sur l'allaitement maternel et la prise en charge de ses complications.

Seulement 8 % des médecins se considèrent suffisamment formés et 11 % des médecins pensent qu'il y a des sujets plus importants à traiter en FMC.

Aucun des médecins n'a déclaré ne pas être intéressé par aucune formation médicale à l'allaitement maternel.

5. Expérience personnelle et conseils vis-à-vis de l'allaitement maternel

L'expérience personnelle des médecins se répartit comme suit :

- 71 % des médecins déclarent avoir eu une expérience personnelle avec l'allaitement ;
- 47 % des médecins ont été eux-mêmes allaités ;
- 48 % des médecins n'ont pas été allaités.

Les 3 % restants ne savent pas s'ils ont été allaités durant leur enfance.

Ils sont tout de même 87 % à recommander l'allaitement maternel auprès de leurs patientes. Seulement 13 % des médecins déclarent ne pas avoir d'avis sur le choix en matière d'allaitement.

Aucun des médecins ne déconseille l'allaitement maternel.

6. Profil des médecins ayant donné une ou plusieurs réponses compromettant l'allaitement maternel ou aggravant la situation :

6.1 Profil sociodémographique

Parmi les médecins ayant donné au moins une réponse compromettant l'allaitement maternel, 62 % sont des femmes, 38 % sont des hommes.

Ils sont jeunes, de 30 à 40 ans, soit 31 %, contre 26 % pour la tranche d'âge des 40 / 50 ans et pour la tranche d'âge des 50 / 60 ans. Les plus de 60 ans représentent 17 % de cet effectif.

Ils exercent de la même façon en milieu urbain ou rural.

6.2 Formation initiale

Ils déclarent pour la plupart, ne pas avoir reçu de formation sur l'allaitement maternel à hauteur de 31 %.

Ces médecins sont 24 % à déclarer avoir une expérience personnelle avec l'allaitement maternel.

Ils sont 21 % à déclarer avoir reçu une formation au cours de leurs études médicales et 17 % à avoir suivi un DIU.

Seul 7 % des médecins ont suivi une FMC spécifique.

6.3 Leur activité pédiatrique

La plupart de ces médecins suivent peu souvent les nourrissons et /ou leur mères :

- 31 % de ces médecins voient des nourrissons et /ou leur mère 1 à 5 fois par semestre ;
- 28 % voient des nourrissons et /ou leur mère 1 à 5 fois par mois ;
- 24 % voient des nourrissons et /ou leur mère plus de 5 fois par mois ;
- 17 % voient des nourrissons et /ou leur mère 1 à 5 fois par an.

6.4 Ressenti en matière de formation sur le sujet de l'allaitement maternel

On note que 24 % de ces médecins pensent être suffisamment formés.

Ils sont 72 % à déclarer être intéressé par une FMC sur le sujet de l'allaitement maternel, alors que 14 % d'entre eux pensent qu'il y a des sujets plus importants à traiter en FMC et que 14 % d'entre eux pensent être suffisamment formés.

6.5 Relation avec leur expérience personnelle avec l'allaitement maternel

Dans notre étude, 65 % déclarent avoir eu une expérience personnelle avec l'allaitement maternel ; 52 % de ces médecins déclarent ne pas avoir été allaité durant leur enfance contre 41 % qui l'ont été, et 7 % de ces médecins ne savent pas s'ils ont été allaités.

6.6 Leur conseil par rapport à l'allaitement maternel

La grande majorité de ces médecins recommande l'allaitement maternel, à hauteur de 86 %.

7. Profil des médecins n'ayant pas donné de réponses compromettant l'allaitement maternel ou aggravant la situation

7.1 Profil sociodémographique

Ce sont en majorité des femmes, 21 femmes pour 12 hommes.
Quinze médecins sont âgés de 30 à 40 ans, soit 46 %, 24% ont entre 40 et 50 ans, 21 % ont entre 50 et 60 ans, et 9 % de ces médecins ont plus de 60 ans.
Au niveau de leur lieu d'exercice, 14 de ces médecins exercent en milieu rural, soit 43 %, 36 % de ces médecins exercent en milieu urbain, et 21 % de ces médecins exercent en milieu semi-rural.

7.2 Formation initiale

Neuf médecins déclarent ne pas avoir reçu de formation concernant l'allaitement maternel, soit 27 %, contre 25 % à déclarer avoir reçu une formation sur l'allaitement au cours de leurs études médicales.
Ils sont 18 % à avoir eu une expérience personnelle avec l'allaitement.
Ils sont 15 % dans les deux groupes de formation, que cela soit une formation de DIU ou lors d'une FMC.

7.3 Leur activité pédiatrique

La plupart de ces médecins suivent souvent les nourrissons et /ou leur mère :

- 36 % de ces médecins voient des nourrissons et /ou leur mère 1 à 5 fois par mois ;
- 36 % voient des nourrissons et /ou leur mère plus de 5 fois par mois ;
- 19 % voient des nourrissons et /ou leur mère 1 à 5 fois par semestre ;
- 9 % voient des nourrissons et /ou leur mère 1 à 5 fois par an.

7.4 Ressenti en matière de formation sur le sujet de l'allaitement maternel

En tout, 30 % de ces médecins pensent être suffisamment formés.

Ils sont 88 % à déclarer être intéressés par une FMC sur le sujet de l'allaitement maternel, alors que 9 % d'entre eux pensent qu'il y a des sujets plus importants à traiter en FMC et que 3 % d'entre eux pensent être suffisamment formés.

7.5 Relation entre leur expérience personnelle et l'allaitement maternel

Dans notre étude, 76 % déclarent avoir eu une expérience personnelle avec l'allaitement maternel ; 48 % de ces médecins déclarent ne pas avoir été allaités durant leur enfance contre 52 % qui l'ont été.

Aucun de ces médecins ne savait pas s'ils avaient été allaités.

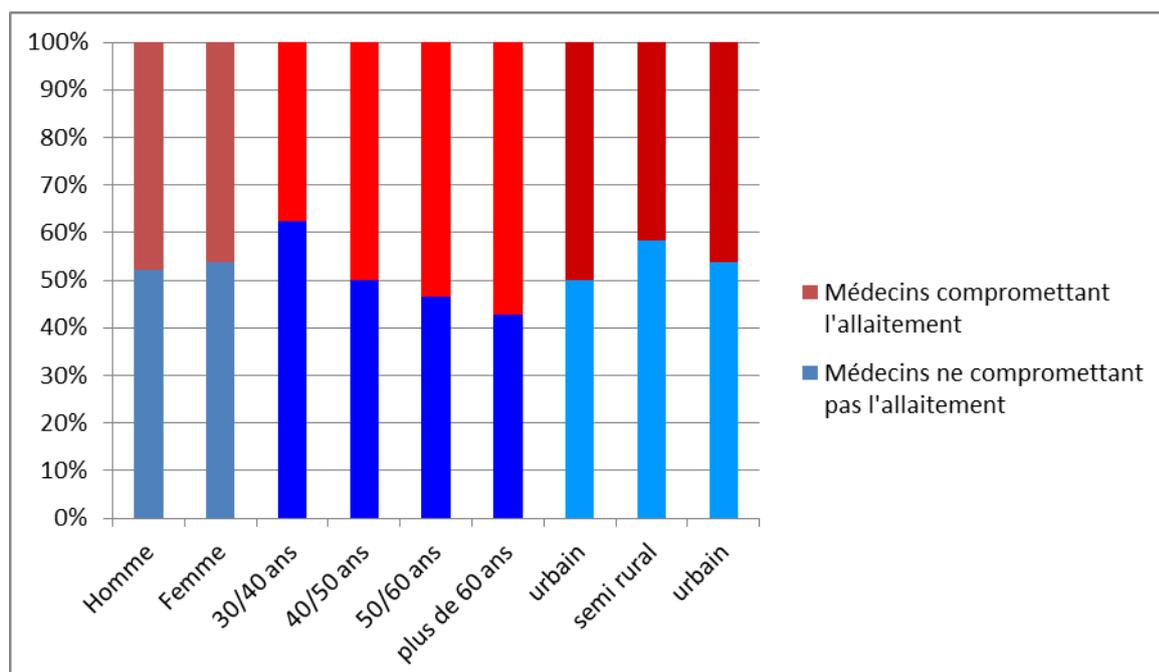
7.6 Leur conseil par rapport à l'allaitement maternel

La grande majorité de ces médecins recommande l'allaitement maternel, à hauteur de 88 %.

On note que 12% de ces médecins ont une attitude indifférente en matière de conseils sur l'allaitement maternel et qu'aucun des médecins ne s'oppose à cette pratique.

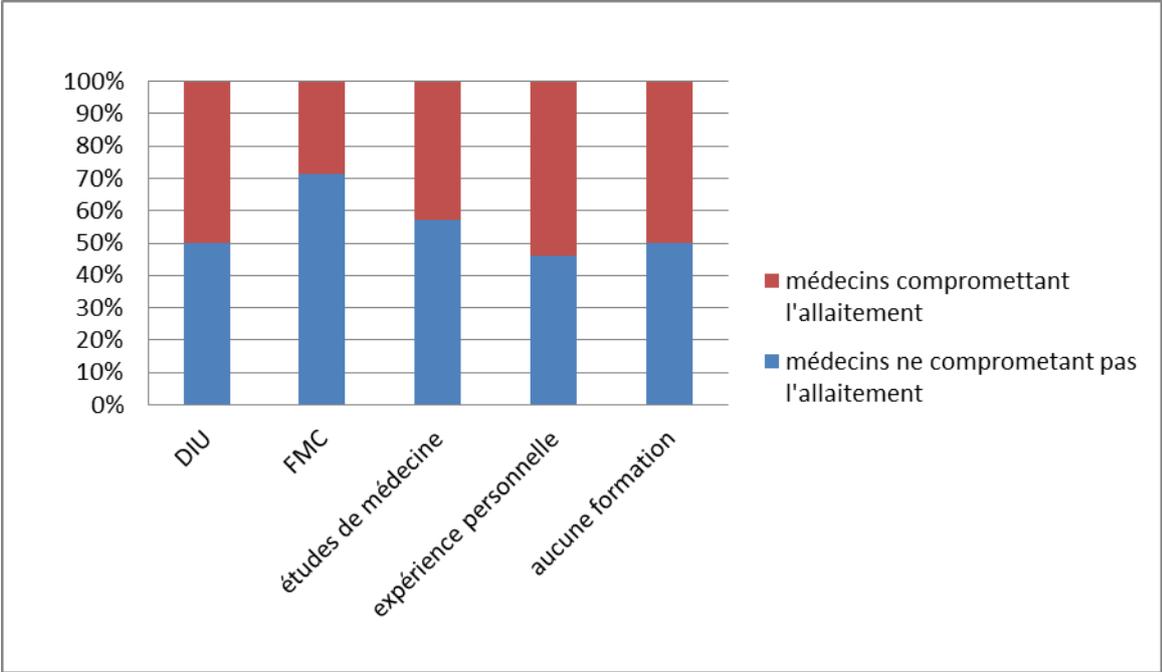
Comparaison des profils sociodémographiques des médecins de ces deux groupes

Graphique 12



Comparaison des formations initiales des médecins des deux groupes

Graphique 13



II Analyse univariée

1 Profil des sujets

Concernant le profil des patients, le Tableau 1 nous montre que le sexe n'influe pas sur le niveau moyen de connaissance des médecins interrogés ($p = 0,372$).

L'âge à l'inverse semble avoir une influence avec une note moyenne de 6,15 chez les 30 / 40 ans qui diminue avec l'âge des médecins, jusqu'à atteindre 3,71 chez les plus de 60 ans ($p < 0,05$).

Le lieu d'exercice quant à lui ne semble pas avoir d'impact avec un niveau de connaissance équivalant selon si le professionnel exerce en milieu rural, urbain ou semi-urbain.

2 Rapport personnel à l'allaitement

Si le professionnel a lui-même été allaité pendant l'enfance ou s'il a une expérience personnelle de l'allaitement, cela n'améliore pas son score.

De même il n'existe pas de différence significative selon si le médecin conseille l'allaitement à ses patientes ou s'il ne donne pas d'avis sur le sujet.

On remarque qu'aucun médecin ne se positionne contre cette pratique.

3 Formations

Concernant la formation des professionnels de santé, la note moyenne minimale (4,04/15) revient aux professionnels ne rapportant pas de formation particulière sur l'allaitement, hormis ce qu'ils ont appris au cours de leurs études de médecine, et la note maximale (6,36/15) aux professionnels ayant suivi une FMC.

La sensation d'être suffisamment formé n'influe pas non plus sur la note moyenne.

4 Réponses à risques au cours de l'allaitement maternel

Près de la moitié des médecins interrogés a donné au moins une réponse mettant en danger l'allaitement, aggravant la situation ou mettant la mère en danger.

La moitié de ces sujets sont des femmes de moins de 40 ans.

La note moyenne de ce groupe est de 3,83/15 ce qui est nettement inférieur à la note moyenne du second groupe n'ayant pas eu de réponses « à risque » ($p < 0,001$).

Tableau 1 : Analyse univariée

		Nombre Sujets (%)	de	Note moyenne (IC 95 %)	p- value
Profil des sujets	Sexe				
	Femme	39 (63 %)		5,37 [4,72 – 6,03]	0,372
	Homme	23 (37 %)		4,85 [3,76 – 5,94]	
	Age				<0,05
	30 – 40 ans	24 (39 %)		6,15 [5,35 – 6,94]	
	40 – 50 ans	16 (26 %)		5,03 [3,81 – 6,25]	
	50 – 60 ans	15 (24 %)		4,47 [3,16 – 5,77]	
	> 60 ans	7 (11 %)		3,71 [2,23 – 5,20]	
	Lieu d'exercice				0,200
	Rural	12 (19 %)		5,21 [4,21 – 6,21]	
Semi-urbain Urbain	26 (42 %) 24 (39 %)		5,71 [4,77 – 6,65] 4,58 [3,62 – 5,55]		
Rapport personnel à l'allaitement	Expérience personnelle de l'allaitement				0,249
	Non	18 (29 %)		4,67 [3,59 – 5,75]	
	Oui	44 (71 %)		5,39 [4,71 – 6,06]	
	Allaitement pendant l'enfance				0,143
	Non	30 (48 %)		5,47 [4,71 – 6,22]	
	Oui	29 (47 %)		5,12 [4,28 – 5,97]	
	Ne sait pas	3 (5 %)		2,83 (sd=3,33)	
	Allaitement conseillé				0,855
	Indifférent	8 (13 %)		5,31 [3,14 – 7,49]	
	Oui	54 (87 %)		5,16 [4,56 – 5,75]	
Fréquence suivi des nourrissons				0,081	
1 à 5 / an	8 (13 %)		3,50 [1,77 – 5,23]		
1 à 5 par semestre	15 (24 %)		4,87 [3,96 – 5,77]		
1 à 5 par mois	19 (31 %)		5,71 [4,52 – 6,91]		
> 5 par mois	20 (32 %)		5,58 [4,56 – 6,59]		

Formations	Formation			
	Aucune	18	5,72 [4,64 – 6,81]	0,116
	Oui, FMC	7	6,36 [4,88 – 7,84]	
	Oui, DU gynécologie	10	5,45 [3,88 – 7,02]	
	Oui, études médecine	14	4,04 [2,68 – 5,39]	
	Oui, expérience perso.	13	4,81 [3,54 – 6,07]	
	Sensation d'être suffisamment formé			
	Non	45	5,28 [4,60 – 5,95]	0,566
	Oui	17	4,91 [3,81 – 6,02]	
	Intérêt pour une FMC			
Non, peu important	7 (11 %)	3,71 [1,74 – 5,69]	0,179	
Non, suffisamment formé	5 (8 %)	5,3 [3,08 – 7,52]		
Oui	50 (81 %)	5,37 [4,74 – 6,00]		
	Réponses à risque			
	Oui	30	3,83 [3,18 – 4,49]	< 0,001
	Non	32	6,44 [5,77 – 7,10]	

III Analyse multivariée

Afin de réaliser l'analyse multivariée, les covariables associées à une p-value $< 0,20$ ont été conservées, à savoir : l'âge des professionnels, l'allaitement ou non au cours de leur enfance, la fréquence de suivi des nourrissons, leur formation, l'intérêt porté à une FMC ainsi que la présence ou non d'au moins une réponse « à risque » pour l'allaitement ou la mère.

Afin de procéder à l'analyse multivariée, les interactions entre les différentes covariables pouvant expliquer une augmentation ou une diminution du niveau de connaissance ont été testées une à une. Aucune interaction n'impacte significativement le niveau de connaissance des professionnels.

Notre modèle linéaire multivarié était à la base constitué de six covariables. Une analyse pas à pas descendante a été réalisée afin de ne sélectionner que les covariables significative au risque 5 % en analyse multivariée.

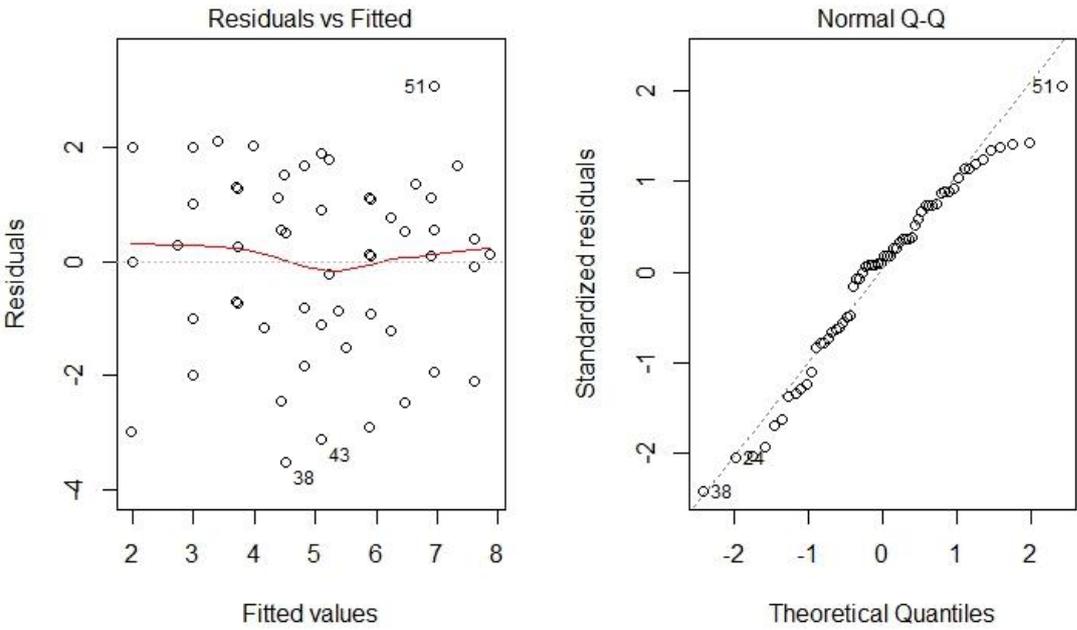
Au total, l'âge ($p < 0,01$), la formation suivie ($p < 0,05$), et la présence d'au moins une réponse à risque ($p < 0,001$) décrivent le niveau de connaissance des professionnels de santé en analyse multivariée.

IV Validation du modèle

Les deux graphiques de la Figure 1 nous montrent que les hypothèses de normalité et d'homoscédasticité (de dispersion identique) des résidus sont confirmées. La dispersion des résidus en fonction des valeurs prédites semble homogène suggérant que l'hypothèse d'homoscédasticité est vérifiée.

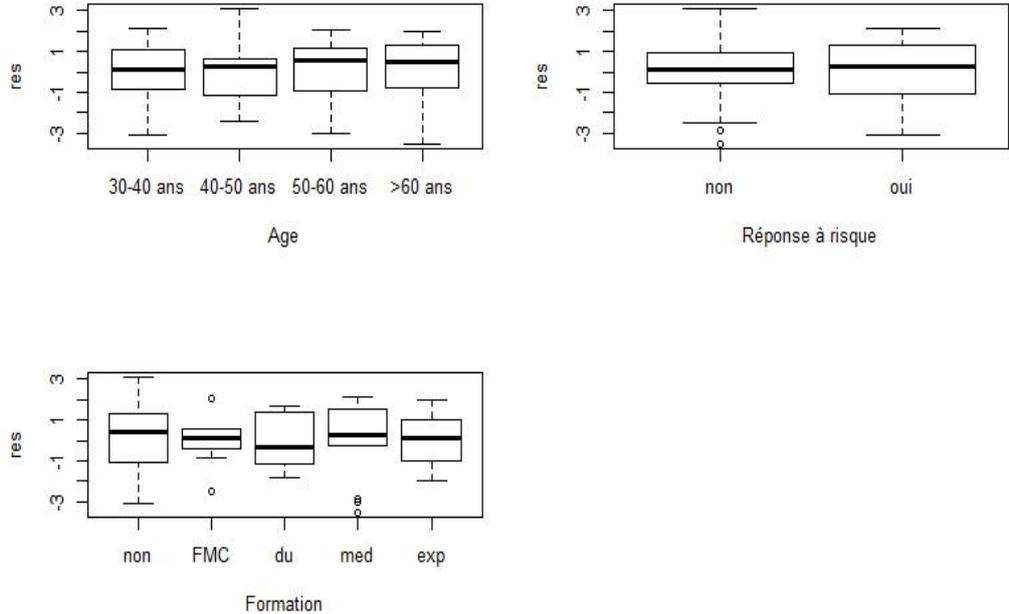
Le QQ-plot oscille autour de la ligne de normalité et le test de Shapiro-Wilk associé confirme la normalité des résidus ($p > 0,01$).

Figure 1 : Homoscédasticité et normalité des résidus



La Figure 2 représente les résidus pour chaque variable explicative. Nous pouvons constater que pour chaque variable, les résidus sont en moyenne centrés en zéro.

Figure 2 : Représentation graphique des résidus en fonction des variables explicatives



DISCUSSION

Depuis quelques années, les naissances dans la Vienne, ne cessent d'augmenter. Le pourcentage de naissances dans la Vienne se situe aux alentours de 26 % des naissances régionales avec une tendance à la hausse (25,81 % en 2002, 26,01 % en 2006). L'augmentation des naissances dans la Vienne est de + 6,42 % au cours des six années passées contre 5,9 % en région Poitou-Charentes et 5,2 % en France métropolitaine. [47]

Le nombre de pédiatres diminue ainsi que de gynécologues libéraux. Le médecin généraliste suit donc de plus en plus de femmes en âge de procréer et les accompagne tout au long de la grossesse et lors du post-partum. Nous nous sommes demandé si les médecins généralistes avaient les connaissances suffisantes en cas de problème au cours de l'allaitement maternel et s'ils étaient suffisamment formés ou désireux de l'être.

I Matériel et méthode

Nous avons choisi d'effectuer cette étude via un questionnaire informatique. Cela permet aux médecins généralistes de le compléter dès qu'ils ont du temps disponible ; à chaque question les médecins doivent fournir une réponse sinon le questionnaire n'est pas valide. Le questionnaire informatique présente un gain de temps et de coût, les questionnaires papiers n'étant pas tous renvoyés, sont coûteux et certains médecins ne répondent pas à toutes les questions. Google Drive permet d'effectuer les calculs statistiques.

1 Validité du questionnaire

Son élaboration après lecture des recommandations de l'ANAES (texte long) garantissait un bon ciblage des questions à poser. Les cas cliniques sont simples, clairs, courts et concis. Ils sont conformes aux descriptions cliniques admises scientifiquement et répertoriées par l'ANAES, donc, sans ambiguïtés (biais de compréhension). Les questions concernant les complications de l'allaitement maternel portent sur les

complications précoces. En effet, les connaissances de cette prise en charge précoce sont un pré-requis minimal si le médecin doit prendre en charge des complications tardives. Le médecin généraliste doit pouvoir informer et conseiller la patiente en cas de complications précoces, mastite afin de prévenir l'apparition d'un abcès, par exemple. C'est pour cela que nous avons choisi de ne pas aborder ces complications tardives.

II Analyse des résultats

1. Description de l'échantillon

Notre taux de participation est de 15 % ce qui est plutôt faible pour ce type d'étude, habituellement celui-ci est de 30 %.

1.1 Difficultés rencontrées

Nous avons eu peu de réponses via le Conseil de l'Ordre des Médecins de la Vienne, soit 18 réponses. Il n'y a pas de relance possible selon le Conseil de l'Ordre. Afin d'augmenter l'effectif de l'étude, nous avons contacté l'Union Régionale des Professionnels de Santé des médecins libéraux de Poitou-Charentes, qui a refusé de transmettre ce questionnaire, les médecins étant surchargés par ce type d'étude. Nous avons également contacté le Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage du Poitou-Charentes qui n'a pas donné de réponse. Notre directrice de thèse a posté notre étude en ligne sur leur site et un seul médecin a participé. Les réseaux formels ne représentant pas un effectif représentatif, nous nous sommes tournés vers les réseaux informels. Un médecin généraliste de la Vienne, impliquée dans les formations médicales continues, nous a transmis des adresses électroniques de médecins généralistes exerçant dans la Vienne. Nous avons eu accès à 113 adresses électroniques de médecins via ce réseau informel. Nous les avons contactés une fois par courriel et avons effectué une seule relance.

Via les réseaux formels, il est difficile de mobiliser les médecins généralistes afin de participer à ce type d'étude.

Les médecins sont surchargés de travail, ont peu de temps disponible, et ce temps n'est pas valorisé ni rémunéré.

1.2 Évaluation des connaissances

Afin d'évaluer les connaissances, nous avons attribué des notes pondérées, dont certaines sont négatives. En effet, il nous semblait important de valoriser les médecins ayant donné des réponses ne compromettant pas l'allaitement ou n'aggravant pas la situation.

Les deux groupes de médecins sont similaires en nombre et ne présentent pas de différence statistiquement significative.

Ce système de notation nous permet d'effectuer une étude statistique linéaire.

En comparant certaines réponses données dans notre étude avec celles réalisées auparavant, dans les situations d'engorgement, 45 % des médecins recommandent l'application de chaud ou de froid sur le sein engorgé. Cela a un effet antalgique mais n'a pas été démontré dans la littérature. Cependant ces pratiques sont autorisées par l'ANAES. Il n'y a pas de iatrogénie et cela a bien été noté par nos médecins interrogés.

En tout, 31 % recommande d'augmenter la fréquence des tétées en particulier du côté engorgé. Peu de ces praticiens préconisent le bon traitement, sans doute par méconnaissance et/ou oubli de la physiologie. En revanche, 21 % préconisent la restriction de quantité de boisson et de tirer son lait entre chaque tétée et 3 % recommandent l'utilisation d'un tire-lait exclusif.

Dans une autre étude, 56,3 % des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais augmentaient le rythme des tétées, alors que 9,1 % conservaient le même rythme, 10,3 % arrêtaient les tétées du côté atteint, 15,2 % de ces médecins arrêtaient les tétées des deux côtés et 9,1 % de ces médecins diminuaient le rythme des tétées. Les réponses proposées diffèrent de notre étude ce qui peut entraîner des biais et différences de population. De plus, l'effectif était supérieur, 263 médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais avaient participé à cette étude. [48]

Avec des réponses similaires sur deux études, en ce qui concerne le principe des tétées à la demande, 42 % des médecins expliquent cela lorsque le bébé « cherche » et

met ses mains à sa bouche dans notre étude contre 59 % dans une étude de thèse réalisée à Clamart.

Dans notre étude, 18 % des médecins expliquent que les tétées à la demande sont à réaliser lorsque le bébé pleure, contre 25 % dans l'étude de Clamart, et 12 % des médecins expliquent que les tétées doivent être proposées dès l'éveil calme du bébé, contre 16 % dans l'étude de Clamart.

Ces différences peuvent s'expliquer par les différences de réponses proposées et différences de lieux. Cependant, on retrouve quelques similitudes puisqu'on retrouve presque les mêmes proportions de réponses [49].

1.3 Profil sociodémographique

Dans notre étude concernant 62 médecins généralistes, les femmes ont répondu en grande majorité, soit 2 femmes pour un homme. Cela peut entraîner un biais de sélection. Nous pouvons penser que pour ce type de sujet, les femmes médecins se sentent plus concernées ou sont plus souvent confrontées à ce type de situation que leurs confrères masculins. Les mères ou futures mères se sentent peut-être plus à l'aise pour aborder des sujets intimes. De même, les médecins hommes se sentent peut-être moins à l'aise concernant ce sujet. Une étude rapporte que les jeux de rôles dans la relation médecin-malade en gynécologie seront à développer puisque les médecins se sentent plus sûr d'eux-mêmes et apprécient la dimension émotionnelle des séances qui sont proches de leur pratique. [50]

Dans la Vienne en 2013, les femmes représentent 46 % de l'effectif total des médecins généralistes. Cette différence de sexe n'est pas statistiquement significative sur les connaissances.

La moyenne d'âge des médecins généralistes exerçant en Vienne est de 51 ans, alors que dans notre étude cette moyenne est de 30 à 40 ans, il y a donc un biais dans l'échantillon en ce qui concerne l'âge.

L'âge a une influence statistiquement significative sur les notes. Les médecins de 30 / 40 ans ont des meilleures notes que celles des médecins de plus de 60 ans ; la note moyenne est de 6,15 pour les 30 / 40 ans alors que les plus de 60 ans ont une note moyenne de 3,71.

Les jeunes médecins sont sûrement mieux informés concernant les recommandations en termes d'allaitement maternel, leurs études de médecine étant plus récentes que celles des médecins plus âgés. Le programme des études médicales ayant lui aussi évolué, leurs études les sensibilisent peut-être plus que leurs prédécesseurs. Les médecins plus âgés ou en fin de carrière se sentent peut-être moins concernés pour ce type de prise en charge et sont peut-être moins enclins à suivre des formations médicales continues. [51]

Cependant, ils exercent aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. En termes d'exercice, il n'y a pas de différence statistiquement significative.

1.4 Le rapport personnel à l'allaitement

Avoir une expérience personnelle de l'allaitement n'est pas une variable significative sur les résultats des questionnaires.

Avoir été allaité dans l'enfance n'est pas une variable statistiquement significative concernant les réponses données.

Les médecins conseillant l'allaitement ou ne se prononçant pas en sa faveur ne constituent pas une différence significative avec les résultats.

Aucun des médecins questionnés ne déconseille l'allaitement maternel.

L'activité pédiatrique, par contre, semble être une tendance significative. Les médecins déclarant voir plus de 5 nourrissons par mois ont obtenu les meilleurs scores et vice versa.

La fréquence de la pratique permet sûrement aux médecins de se perfectionner, d'être confrontés le plus souvent à des situations similaires et de répondre le mieux possible aux différentes situations. Les médecins ont développé leur patientèle selon leur affinité, leur âge, et vraisemblablement selon leur domaine favori en médecine.

1.5 Les formations des médecins généralistes

Concernant la formation des professionnels de santé, la note moyenne minimale (4,04/15) revient aux professionnels ne rapportant pas de formation particulière sur

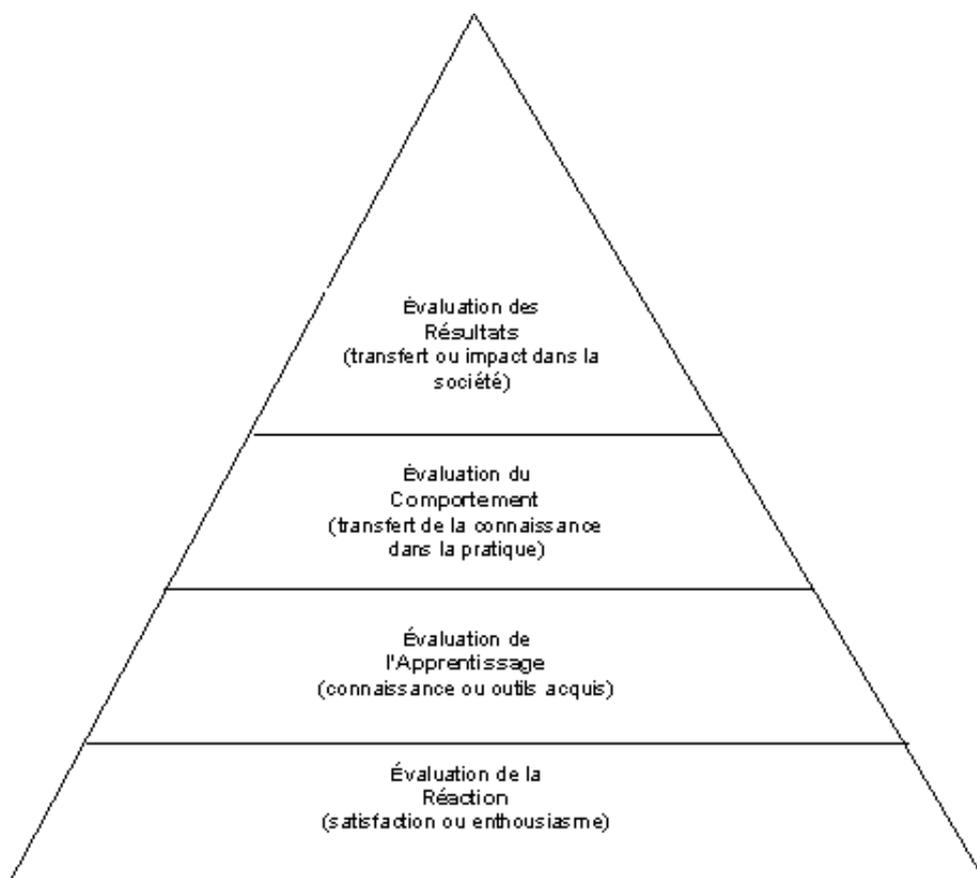
l'allaitement, hormis ce qu'ils ont appris au cours de leurs études de médecine, et la note maximale (6,36/15) aux professionnels ayant suivi une FMC.

Les professionnels ayant suivi une FMC ont un intérêt concernant l'allaitement soit personnel soit en termes de demande et de patientèle. Cette FMC est efficace plus que la formation à un DIU en termes de score sans que cela soit toutefois significatif.

Nous nous sommes intéressés aux diverses FMC et avons cherché pourquoi elles semblent avoir un impact positif. Nous avons comparé différentes études.

Une analyse de la littérature réalisée dans le cadre d'une convention entre le Ministère du Travail et des Affaires Sociales et l'Institut d'Études des Politiques de Santé [52] portant sur 3000 articles concernant la période 1992-1996 a conduit aux conclusions suivantes concernant la FMC :

- il existe un niveau de preuves suffisant pour conclure que la diffusion simple de matériels éducatifs n'a pas d'impact sur la pratique médicale ;
- il n'y a pas de preuve d'efficacité d'actions formelles de formation médicale continue : séminaires, exposés, enseignements divers, et ce quelles qu'en soient les modalités pédagogiques ;
- les "leaders d'opinion" (professionnels de santé désignés par leurs collègues comme influents en terme de formation) ont un impact démontré sur la pratique clinique.
- les méthodes faisant appel à l' "audit-feedback" (présentation et discussion de la pratique avec un collègue ou dans un groupe) ont un impact sur la pratique clinique, mais cet impact est jugé cliniquement limité ;
- les rappels au moment de la décision ("reminders") constituent les moyens d'intervention sur les pratiques cliniques dont l'efficacité est la plus importante. Le support du rappel peut être le papier, les feuilles de prescription, l'informatique, voire le téléphone.



Processus selon kurk, des nombreuses variables susceptibles d'intervenir dans l'effet d'une formation.

Une analyse de P. Chantillon et R Jones [53] aboutit à des conclusions sensiblement différentes :

- les méthodes les plus efficaces sont celles où l'enseignement est lié à la pratique clinique et à un événement exceptionnel, les réunions interactives et les stratégies qui impliquent des interventions multiples ;
- les stratégies d'efficacité moyenne incluent l'audit, les processus consensuels locaux et l'influence des leaders d'opinions ;
- les méthodes les moins efficaces sont constituées par les cours et le matériel imprimé distribué (incluant les recommandations cliniques).

Une analyse de D. Davis et al. [54], spécialiste incontesté de ces questions, aboutit aux conclusions que l'effet final des interventions de FMC doit être considéré en prenant en compte les méthodes à partir desquelles la formation est délivrée, ce qui implique tout

un ensemble de variables qui impliquent non seulement l'interaction et la qualité des ressources disponibles, mais aussi l'environnement et les facteurs personnels, interpersonnels et professionnels qui concernent l'enseigné.

Cela irait dans le même sens que les formations avec jeu de rôles, puisque les médecins se sentent impliqués émotionnellement et que cela reproduit les conditions de la pratique quotidienne.

La sensation d'être suffisamment formé n'influe pas non plus sur la note moyenne.

Près de la moitié des médecins interrogés a donné au moins une réponse mettant en danger l'allaitement, aggravant la situation ou mettant la mère en danger. La moitié de ces sujets sont des femmes de moins de 40 ans.

La note moyenne de ce groupe est de 3,83/15 ce qui est nettement inférieur à la note moyenne du second groupe n'ayant pas eu de réponses « à risque » ($p < 0,001$).

L'âge et le sexe de ce groupe est surprenant puisque les meilleurs résultats sont observés chez les jeunes médecins, cependant l'âge de ce groupe n'est pas significatif.

III Faiblesse de travail et biais de l'étude

1 Biais de sélection

Seulement 52 médecins généralistes de la Vienne ont autorisé le Conseil de l'Ordre des Médecins à être contactés afin de participer à des études. Les médecins ayant donné leur accord sont peut-être plus sensibilisés à la formation et présentent des intérêts multiples. Les médecins contactés par courriel suivent des FMC régulièrement. Il y a donc un biais de sélection concernant la population médicale.

2 Biais de mesure et de réponse

Les médecins généralistes déclarent leur activité pédiatrique mais celle-ci ne peut être vérifiée.

Certains médecins déclarent ne pas avoir reçu de formation sur l'allaitement maternel, pourtant tous ont suivi une formation médicale au cours de leurs études.

Le questionnaire est basé sur des questions à choix multiples ou questions à choix unique. Si les médecins souhaitaient répondre ou pondérer certaines réponses, cela n'était pas possible. Deux médecins généralistes nous ont contactés par courriel et n'ont pas souhaité répondre car ils étaient plus pondérés en matière de recommandations concernant l'allaitement maternel, ils suivent notamment le choix initial de la mère.

Le système de note est basé sur les recommandations ANAES. Celui-ci est arbitraire. Nous avons tout de même souhaité valoriser les bonnes réponses, les points ont été pondérés. Il nous semblait important de différencier les médecins ayant donné des réponses adaptées et ceux ayant donné des réponses mettant en danger l'allaitement maternel ou aggravant la situation. Pour cela, nous avons attribué des notes négatives.

3 Biais de suggestivité

En ce qui concerne la question « Avez-vous une expérience personnelle de l'allaitement vous-même si vous êtes une femme ou dans votre entourage proche si vous êtes un homme ? », on remarque que pour les hommes il n'est pas précisé si cela concernait leur conjointe, leur sœur... Il nous semble que si le médecin se sent suffisamment proche et a pu participer à l'allaitement, que cela soit pour sa conjointe ou un membre de sa famille, cela ne fait pas de différence, s'il perçoit une implication par rapport à l'allaitement maternel. Nous avons voulu privilégier son investissement personnel.

4 Biais d'évaluation

En ce qui concerne l'activité pédiatrique, les médecins ont déclaré une fréquence de suivi de cette population. Elle fait appel à la mémorisation des consultations, l'activité n'étant pas vérifiée. Cela se confond avec le biais déclaratif.

IV Perspectives pour l'avenir afin d'améliorer la prise en charge de l'allaitement par les médecins généralistes

Les médecins seront confrontés plus fréquemment aux problèmes liés à l'allaitement maternel. La sortie précoce de la maternité incitera les patientes à se tourner davantage vers le médecin de premier recours qu'est le médecin généraliste. Les délais d'attente de consultation sont rapides, les connaissances du médecin généraliste sont normalement fiables et la relation de confiance est forte.

1 Formation initiale actuelle en région Poitou-Charentes

Un stage d'externat est obligatoire en gynécologie, à Poitiers. Plusieurs items pratiques sont à valider mais aucun ne porte sur l'allaitement maternel.

Pourtant, à l'Examen National Classant, un item concerne l'allaitement maternel et la prise en charge de ses complications. L'item n°32 doit permettre aux futurs médecins d'expliquer les modalités et d'argumenter les spécificités de l'allaitement maternel ainsi que de préciser les complications éventuelles et leur prévention.

Durant notre internat, un stage de gynécologie ou de pédiatrie est obligatoire, les deux stages ne pouvant être effectués dans notre maquette d'interne.

Ayant eu l'opportunité d'effectuer un stage à la maternité, lors de notre stage de pédiatrie, nous avons pu constater à quel point les connaissances et les conseils pratiques en ce qui concerne l'allaitement maternel sont méconnus.

2 Formation complémentaire actuelle en France et en Poitou-Charentes

2.1 DIU de gynécologie Poitiers-Tours

Des formations telles que le DU de gynécologie avec les facultés de Tours et de Poitiers proposent aux médecins généralistes déjà engagés dans une activité professionnelle de développer leurs nouvelles compétences en gynécologie médicale dans le domaine du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception.

L'objectif de cette formation est d'acquérir des connaissances théoriques selon les recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur l'examen gynécologique, les principales pathologies gynécologiques que l'on peut dépister chez les femmes en âge de procréer, et les méthodes contraceptives.

Les objectifs de ce diplôme sont de former les médecins d'une façon théorique et pratique concernant le dépistage par entraînement aux gestes pratiques de l'examen gynécologique, aux explorations participant aux différents dépistages en gynécologie, et aux actes en rapport avec la mise en place de la contraception. Il n'y a aucune formation concernant l'allaitement maternel dans ce DIU. [55]

2.2 Le DIU lactation

Il existe un seul DIU de lactation en France, le Diplôme Inter-Universitaire Lactation humaine - Allaitement maternel. L'enseignement théorique et pratique qui y est transmis permet aux médecins d'acquérir les compétences nécessaires pour accompagner les femmes au cours de leur allaitement. Ce diplôme est co-organisé par les facultés de médecine de Brest, Grenoble, Lille et Toulouse.

2.3 Le diplôme international de consultant en lactation

Il est possible de se former via le diplôme international de consultant en lactation IBCLC (International Board of Certified Lactation Consultant). Être médecin pour accéder à ce diplôme n'est pas obligatoire. Les conditions d'admission et la certification sont validées tous les 5 ans par une FMC obligatoire et un nouvel examen tous les 10 ans, cela garantit un sérieux et des connaissances toujours réactualisées.

En France, les organismes suivants proposent cette formation :

- le CREFAM (Centre de Recherche, d'Évaluation et de Formation à l'Allaitement Maternel)
- l'ACLP (Association des Consultants en Lactation Professionnels de santé).

Dans la Vienne, il n'y a pas de professionnel consultant en lactation.

En Charente-Maritime, il y a deux consultantes en lactation qui interviennent également en Charente et sur les Deux-Sèvres.

3 Projets de développement des formations médicales continues

Ces diplômés devraient pouvoir bénéficier, en plus des crédits de validation de FMC d'une reconnaissance supplémentaire pour les médecins généralistes titulaires, comme d'un droit à l'inscription sur la plaque ou sur les ordonnanciers par exemple. Ces droits sont exclusivement attribués par le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Les FMC devraient pouvoir être obligatoires, notamment pour les médecins qui ne se sentent pas concernés ou moins bien formés. Leur formation devrait être valorisée, tant auprès de leurs confrères qu'auprès de leurs patients. Il est nécessaire de libérer du temps pour organiser ces formations. C'est actuellement le problème principal, le médecin généraliste étant surchargé de travail, de recherche personnelle, d'autoformation, de formation médicale continue, de questionnaires pour les thèses... Ce temps passé n'est pas valorisé ni rémunéré.

Dans notre étude, avoir suivi une FMC augmente les bonnes réponses et donc la prise en charge des patients.

Au cours des études médicales où l'on apprend l'interdisciplinarité, il serait souhaitable de développer des formations avec d'autres professionnels de santé comme les sages-femmes. En gynécologie, au cours du deuxième cycle, il serait envisageable d'avoir des cours communs avec les élèves sages-femmes et de pouvoir effectuer un suivi en lactation avec ces futurs professionnels de santé.

Lors de notre internat de médecine générale à Poitiers, nous avons mensuellement des groupes d'échange de parole entre internes avec divers thèmes. Il serait important de développer ceux avec lesquels nous nous sentons le moins à l'aise, notamment les femmes enceintes et les enfants, tous les internes ne pouvant pas être formés au cours d'un stage en gynécologie ou à la maternité.

De plus, la relation médecin-malade est très importante pour le département de médecine générale, et les groupes d'échange de parole entre internes ou tutorés nous donnent des clés et outils afin d'établir cette relation de confiance. Cependant, concernant les femmes enceintes ou les enfants, il reste des sujets à aborder.

Selon les différentes études, les jeux de rôles sont des moyens via lesquels les formations sont efficaces. Ayant suivi une formation médicale continue avec des jeux de rôles, il est certain que la charge émotionnelle est présente. De ce fait, la situation et ses difficultés sont très vite mises en évidence. Les doutes en médecine générale étant fréquents, il est essentiel d'entretenir ses connaissances et de les approfondir notamment dans les domaines où le médecin se sent le moins à l'aise. Lorsque le médecin pense « maîtriser » son sujet, il est plus confiant, et la relation médecin malade n'en est que meilleure. La qualité des conseils du médecin généraliste est essentielle pour la prise en charge et l'accompagnement de ses patients.

Les patients devraient être informés des formations médicales continues suivies par leur médecin et ces formations devraient être valorisées. Par exemple, dans la salle d'attente les formations pourraient être affichées, elles garantissent une curiosité et un investissement personnel et intellectuel du médecin que les patients apprécieront. Cela renforcerait leur confiance et leur adhésion face aux conseils de leur médecin traitant.

CONCLUSION

Malgré le retard en ce qui concerne le taux d'allaitement en France, les recommandations politiques évoluent de manière à inciter l'allaitement maternel. Les nouvelles recommandations quant aux sorties précoces de la maternité font partie des mesures incitatives pour favoriser l'allaitement, à condition que le relais par les professionnels de santé soit assuré. En effet, un entourage de qualité et de bons conseils conditionnent le succès de l'allaitement maternel.

Cette étude nous a permis de faire un « instantané » des connaissances et des pratiques des médecins généralistes de la Vienne par rapport à la prise en charge des complications au cours de l'allaitement maternel. Grâce à cette étude descriptive observationnelle, nous avons pu mettre en évidence que l'âge a une influence significative avec une note moyenne de 6,15 chez les 30/40 ans, qui diminue avec l'âge des médecins jusqu'à atteindre 3,71 chez les plus de 60 ans ($p < 0,05$).

Concernant la formation des professionnels de santé, la note moyenne minimale (4,04/15) revient aux professionnels ne rapportant pas de formation particulière sur l'allaitement, hormis ce qu'ils ont appris au cours de leurs études de médecine ; la note maximale (6,36/15) en revanche revient aux professionnels ayant suivi une FMC. Les formations médicales continues sont surtout effectuées avec une pédagogie et des méthodes différentes du DIU.

Près de la moitié des médecins interrogés a donné au moins une réponse mettant en danger l'allaitement, aggravant la situation ou mettant la mère en danger.

La moitié de ces sujets sont des femmes de moins de 40 ans. Nous n'avons pas mis en évidence de relation entre l'expérience personnelle de l'allaitement et les connaissances, mais nous n'avons pas non plus interrogé précisément ces médecins sur leur parentalité. Cela pourrait être développé dans d'autres études.

Au final, l'âge ($p < 0,01$), la formation suivie ($p < 0,05$), et la présence d'au moins une réponse à risque ($p < 0,001$) décrivent le niveau de connaissance des professionnels de santé en analyse multivariée. Les jeunes médecins voyant plus de 5 nourrissons par

mois et ayant suivi une FMC sont les professionnels ayant eu les meilleurs scores. Leurs études les sensibilisent peut-être davantage à l'accompagnement des jeunes mères.

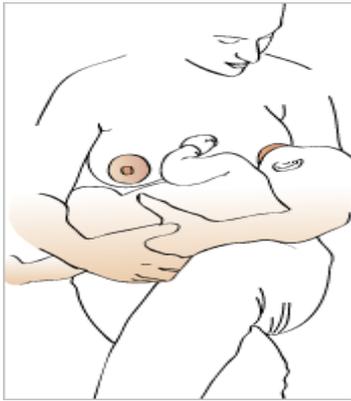
Le département de médecine générale du Poitou-Charentes organise des groupes d'échange de parole entre internes au cours de l'internat; ceux-ci permettent de valoriser la relation médecin-malade et donnent des outils afin d'instaurer une relation de confiance. Des sujets autour de l'allaitement et de l'accompagnement de la jeune mère pourraient être proposés afin de créer une relation de confiance dans ce contexte si particulier de la jeune mère allaitante. De plus, ces groupes d'échange de parole sont toujours précédés d'un résumé clinique, cela pourrait tout à fait s'envisager dans cette situation.

L'allaitement est un moment privilégié dans la vie d'une femme et l'accompagnement de la mère et son enfant par le médecin généraliste ouvre notre métier sur la richesse et la complexité de la relation, à condition de connaître les complications de l'allaitement.

ANNEXE 1

Les différentes positions d'allaitement

1. Assise en position classique dite "Madone" ou du "berceau"



- La mère est installée sur un siège confortable avec un dossier, pour que l'assise puisse rester agréable si la tétée se prolonge...
- Le dos est arrondi, et non pas droit, pour éviter les tensions dans la colonne vertébrale et le périnée.
- Pour arrondir le bassin et faciliter la circulation, les pieds sont en hauteur, posés sur un tabouret ou une table basse, plutôt que sur le sol ; à défaut, ils sont à plat en appui sur un support stable, afin d'éviter toute crispation des jambes.
- **Le bébé est calé** sur le ventre maternel ou un coussin ; il est entièrement sur le côté, le nombril tourné vers sa mère, les fesses soutenues par une main et la tête reposant sur un avant-bras, au pli du coude pour être stable.
- Le poids du bébé n'est pas sur les bras.

2. Allongée



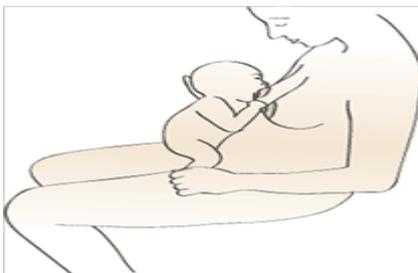
- La mère est allongée sur le côté, la tête appuyée sur un oreiller ou son bras, la jambe supérieure repliée pour ne pas basculer en avant.
- Le bébé est allongé sur le côté face à sa mère, retenu en arrière par son bras. La bouche est au niveau du mamelon.
- Il est suffisamment loin du rebord du lit, pour ne pas risquer de tomber.

3. Assise avec le bébé en "ballon de rugby"



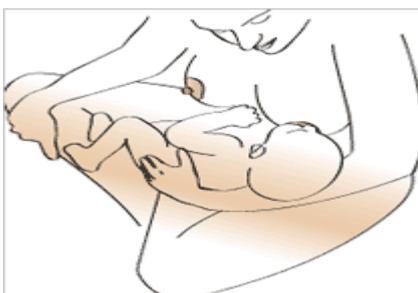
- Le bébé est sur le côté, le long de la hanche de sa mère, maintenu sur un coussin à la hauteur du sein.
- Il est calé par le bras avec le visage face à sa mère et la nuque dans le creux de la main.

- 4. Assise avec le bébé à califourchon

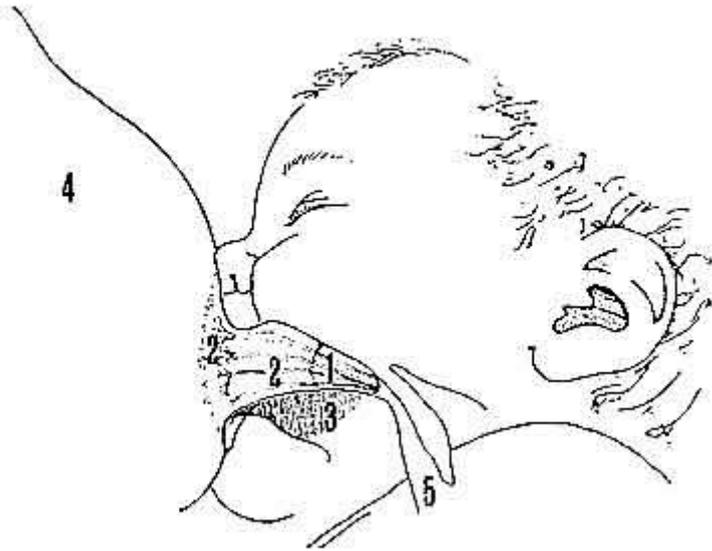


- Le bébé est à la verticale, à califourchon sur une cuisse de sa mère.
- Une main soutient fermement ses reins et l'autre retient légèrement sa tête.

5. Assise en tailleur



- La mère est assise par terre, jambes croisées.
- Elle est penchée en avant, dos arrondi, les avant-bras en appui sur ses cuisses.
- Le bébé est couché sur le dos entre ses jambes, la bouche juste au-dessous du sein.



Quelques points indiquant une bonne position et une succion efficace.

- La mère est confortablement installée. Elle ne ressent aucune tension musculaire.
- La mère ne se penche pas sur le bébé.
- Le bébé est « estomac contre estomac ». Son oreille, son épaule et sa hanche sont sur une ligne droite. La mère soutient son sein pouce au-dessus, les autres doigts au-dessous, loin de l'aréole. Elle attend que son bébé ouvre grand la bouche pour le mettre au sein. Elle amène le bébé au sein d'un mouvement rapide du bras qui le soutient. Le bébé prend tout le mamelon et autant d'aréole qu'il peut en rentrer dans la bouche. Son nez et son menton touchent le sein pendant la tétée.
- Les lèvres du bébé sont retroussées sans crispation, sa langue est en gouttière sous le sein.
- On voit bouger la tempe et l'oreille du bébé pendant qu'il tète.
- Le bébé a des mouvements de succion amples et lents. On l'entend avaler tous les un ou deux mouvements de succion une fois le réflexe d'éjection survenu.
- Le bébé est calme pendant la tétée et semble repu une fois celle-ci terminée.
- Le bébé mouille suffisamment de couches (3 à 4 changes complets ou 6 à 8 couches en tissu par jour), passés les premiers jours.

ANNEXE 2

Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement Maternel

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés devraient:

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
2. Donner à tous les personnels soignants les techniques nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement maternel à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

ANNEXE 3

Conditions d'accès au label IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébés) (révision de 2009)

Pour recevoir le label IHAB, une maternité doit satisfaire aux conditions suivantes :

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
2. Donner à tous les personnels soignants la formation et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique.
4. Mettre les nouveau-nés en contact peau à peau avec leur mère immédiatement à la naissance et pendant au moins une heure, encourager les mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter, et offrir de l'aide si nécessaire.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.
11. Accompagner et respecter les besoins des mères pendant le travail et l'accouchement.

12. Protéger les familles de toute promotion commerciale en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

13. Aider les mères qui nourrissent leur bébé autrement qu'au lait maternel à choisir une alimentation de substitution adéquate et à la préparer sans risque.

14. Respecter les règles éthiques suivantes sur les financements :

- Le Code de commercialisation des substituts du lait maternel n'interdit pas les dons de matériels et d'équipements pour les services ;

- Le Code n'interdit pas, pour les professionnels de santé, les financements d'études, de recherches, de formations et activités analogues, mais exige la transparence au niveau de l'institution dont dépendent ces professionnels ;

- Il est donc demandé aux professionnels de santé, dans le cas où ils recevraient des dons de matériels ou accepteraient des financements décrits ci-dessus, de diversifier leurs sources de financements, de fonctionner dans la transparence associative et de veiller à ce que cela ne les entraîne pas à faire de la publicité pour les produits visés par le Code.

ANNEXE 4

Questionnaire adressé aux médecins généralistes de la Vienne

Vous êtes :*Obligatoire

- Un homme
- Une femme

Votre âge :*

- 30 à 40 ans
- 40 à 50 ans
- 50 à 60 ans
- Plus de 60 ans

Votre lieu d'exercice :*

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

Avez-vous reçu une formation à l'allaitement maternel?*

- Non
- Oui, dans une FMC
- Oui, au cours de vos études de médecine
- Oui, au cours d'un DU de gynécologie
- Vous avez une expérience personnelle avec l'allaitement

Avez-vous une expérience personnelle avec l'allaitement, vous-même si vous êtes une femme, ou dans votre entourage proche si vous êtes un homme?*

- Oui
- Non

Avez-vous été allaité(e) vous-même dans votre petite enfance?*

Oui

Non

Ne sait pas

A quelle fréquence suivez-vous habituellement des nourrissons et/ou leurs mères?*

Jamais

1 à 5 par an

1 à 5 par semestre

1 à 5 par mois

Plus de 5 par mois

Conseillez-vous l'allaitement?*

Oui

Non

Indifférent

Comment expliquez-vous aux mères, le principe des tétées à la demande?*
plusieurs réponses possibles

Tétées proposées dès l'éveil calme du bébé

Tétées quand le bébé "cherche" et met ses mains à sa bouche

Tétées quand le bébé pleure

Tétées toutes les 2 à 3 heures

Quelle est la fréquence des tétées durant le premier mois?*

4 à 8 / jour

8 à 12 / jour

En cas de crevasse unilatérale, quel(s) conseil(s) donnez-vous à la mère?* plusieurs réponses possibles

De continuer d'allaiter en modifiant la position du bébé, et éventuellement de compléter la tétée par un tire-lait du côté douloureux

D'allaiter uniquement du côté indemne et de tirer le lait du côté douloureux en attendant la cicatrisation

De se préparer à un sevrage en introduisant des biberons petit à petit

De continuer d'allaiter du côté douloureux et d'appliquer du lait maternel en fin de tétée sur le mamelon douloureux

En cas d'engorgement, quel(s) conseil(s) donnez-vous à la mère?*

De restreindre la quantité de ses boissons et de tirer son lait entre les tétées

D'augmenter la fréquence des tétées en particulier du côté engorgé

D'utiliser un tire-lait de façon exclusive

D'appliquer du chaud ou du froid sur le sein engorgé

La prise de poids attendue au cours des 3 premiers mois de vie est : *

10 à 20 g/jour

20 à 30 g/jour

Au moins 30 g/jour

Sur quel critère principal jugez-vous l'efficacité des tétées?*

Bébé calme qui dort beaucoup (s'endort au sein)

Tétées longues, plus de 20 minutes par sein

Couches bien mouillées et selles fréquentes au moins une par jour

Quels conseils donnez-vous à une mère qui craint de ne pas avoir assez de lait?*

Augmenter la durée des tétées

Augmenter la fréquence des tétées

Boire beaucoup d'eau

Se reposer

Introduire un biberon en complément

Une mère vient vous voir très inquiète car son bébé de 3 semaines pleure tous les soirs, ne se calme qu'au sein, et réclame plusieurs fois de suite. Son examen clinique et sa courbe pondérale sont satisfaisants, quel conseil lui donnez-vous?*

Qu'elle n'a probablement pas assez de lait et qu'il faut introduire un biberon complémentaire après la tétée

Que ces pleurs ne doivent pas l'inquiéter, ils diminuent avec des câlins et des paroles douces et rassurantes

Que ces pleurs sont physiologiques, de ne pas hésiter à le mettre au sein autant que possible à cette période, et que cela durera quelques jours

Quand vous notez une stagnation pondérale, quel(s) conseil(s) de surveillance donnez-vous?*

Peser le bébé avant et après chaque tétée au domicile

Peser le bébé quotidiennement au cabinet ou à la PMI

Surveiller les couches (urines, selles) et peser le bébé deux fois par semaine au cabinet ou à la PMI

Noter l'heure et la durée des tétées

Si les problèmes persistent, connaissez-vous un professionnel de santé vers qui adresser la mère ?*

Non

Oui, des associations de femmes allaitantes

Oui, à la PMI

Oui, vers une sage-femme

Oui, via le réseau « périnat »

Seriez-vous intéressé(e) par une FMC sur ce sujet ?*

Non, le sujet ne m'intéresse pas

Non, parce que vous estimez être déjà suffisamment formé(e)

Non, parce vous pensez qu'il y a beaucoup d'autres sujets plus importants à traiter en FMC

Oui

Pensez-vous a posteriori être suffisamment formé(e) à ce sujet ?*

Non

Oui

Merci de vos réponses, si vous avez des remarques ou souhaitez obtenir les résultats de l'étude, merci de me communiquer votre adresse électronique, je vous les enverrai dès qu'ils seront disponibles.

ANNEXE 5

Système de notation et réponses expliquées

Les bonnes réponses apparaissent en gras.

1) Comment expliquez-vous aux mères, le principe des tétées à la demande?*
plusieurs réponses possibles

Tétées proposées dès l'éveil calme du bébé

Tétées quand le bébé "cherche" et met ses mains à sa bouche

Tétées quand le bébé pleure

(Cela est trop tard pour proposer l'allaitement)

Tétées toutes les 2 à 3 heures

(Le principe des tétées à la demande n'est pas régi par intervalle horaire mais sur la demande du nourrisson, même si en réalité cela peut correspondre à ces horaires)

La note est sur deux points, plusieurs réponses possibles.

Si deux bonnes réponses uniques : 2 points

Si une bonne réponse unique : 1 point

Si une bonne réponse et une mauvaise : 0,5 point

Si une bonne réponse et deux ou plus de mauvaises réponses : 0 point

Si deux bonnes réponses et une mauvaise : 1 point

Si deux bonnes réponses et deux mauvaises : 0 point

2) Quelle est la fréquence des tétées durant le premier mois?*

4 à 8 / jour

8 à 12 / jour

(L'allaitement maternel le premier mois doit être fréquent à la demande de manière à stimuler le réflexe de production du lait et éviter les engorgements)

Note sur un point, une réponse possible.

Une bonne réponse 1 point, une mauvaise 0 point.

3) En cas de crevasse unilatérale, quel(s) conseil(s) donnez-vous à la mère?*plusieurs réponses possibles

De continuer d'allaiter en modifiant la position du bébé, et éventuellement de compléter la tétée par un tire-lait du côté douloureux

De allaiter uniquement du côté indemne et de tirer le lait du côté douloureux en attendant la cicatrisation

(L'allaitement maternel doit être poursuivi même s'il y a des crevasses pour la stimulation du mamelon qui n'est pas la même avec un tire-lait et inutile si la tétée est efficace et permet la vidange du sein)

De se préparer à un sevrage en introduisant des biberons petit à petit

(Cela compromet l'allaitement)

De continuer d'allaiter du côté douloureux et d'appliquer du lait maternel en fin de tétée sur le mamelon douloureux

(Dans la pratique, beaucoup de médecins recommandent cela, mais les recommandations ANAES ne le recommandent pas, les études n'ayant pas démontrés la supériorité de cette pratique)

Une seule bonne réponse notée sur deux points.

Si une bonne et une mauvaise réponse : 1 point

Si une bonne et deux ou plus de deux réponses : 0 point

Si une réponse qui compromet l'allaitement, ici si le médecin conseille d'introduire des biberons en complément : -1 point et cela quelques soient les réponses associées.

4) En cas d'engorgement, quel(s) conseil(s) donnez-vous à la mère?*

De restreindre la quantité de ses boissons et de tirer son lait entre les tétées

(Cela aggrave la situation)

D'augmenter la fréquence des tétées en particulier du coté engorgé

D'utiliser un tire-lait de façon exclusive

(Cela est inutile si la tétée est efficace et que le sein est bien vidé après la tétée, il faut toujours privilégier la tétée, si celle-ci ne permet pas de drainer le sein alors le tire-lait peut être utilisé)

D'appliquer du chaud ou du froid sur le sein engorgé

(l'ANAES autorise cette pratique à visée antalgique)

La note est sur deux points, deux bonnes réponses, plusieurs réponses possibles.

5) La prise de poids attendue au cours des 3 premiers mois de vie est : *

10 à 20 g/jour

20 à 30 g/jour

Au moins 30 g/jour

(En réalité le nourrisson prend de 20 à 30 g / jour mais les recommandations actuelles sont au moins 30 g/ jour)

La note est sur un point avec une seule réponse possible.

Une bonne réponse un point, une mauvaise 0 point.

6) Sur quel critère principal jugez-vous l'efficacité des tétées?*

Bébé calme qui dort beaucoup (s'endort au sein)

Tétées longues, plus de 20 minutes par sein

Couches bien mouillées et selles fréquentes au moins une par jour

Une réponse possible, une bonne réponse un point.

Une mauvaise 0 point ou si tétées longues – 1 point, car cette pratique peut être dangereuse pour la mère (risque de crevasses majorés, si le réflexe d'éjection est plus long, il dépasse rarement 10 minutes).

7) Quels conseils donnez-vous à une mère qui craint de ne pas avoir assez de lait?*

Augmenter la durée des tétées

(Les recommandations de l'ANAES préconisent l'augmentation de la durée car certaines femmes ont un réflexe d'éjection du lait avec une latence pouvant aller jusqu'à 10 minutes, en revanche il n'y a aucun intérêt de conseiller une tétée supérieure à 20 minutes.)

Augmenter la fréquence des tétées

Boire beaucoup d'eau

(L'ANAES ne recommande pas de mesures hygiéno-diététiques afin de stimuler la lactation)

Se reposer

(Ce conseil n'est pas dans les recommandations de l'ANAES, même si le stress peut bien évidemment jouer négativement dans la production du lait)

Introduire un biberon en complément

(Ce conseil est dangereux et met en péril l'allaitement puisqu'il diminue la lactation, expose aux complications, engorgement, mastite...)

Deux bonnes réponses, plusieurs réponses possibles.

Deux bonnes réponses : 2 points

Une bonne réponse : 1 point

Une bonne réponse et une mauvaise : 1 point

Une bonne réponse avec deux mauvaises : 0 point

Une bonne réponse avec plus de deux mauvaises associées : - 1 point

Si risque d'aggraver la situation en recommandant de restreindre ses quantités de boisson : - 1 point et cela quelques soient les réponses associées.

8) Une mère vient vous voir très inquiète car son bébé de 3 semaines pleure tous les soirs, ne se calme qu'au sein, et réclame plusieurs fois de suite. Son examen clinique et sa courbe pondérale sont satisfaisants, quel conseil lui donnez-vous?*

Qu'elle n'a probablement pas assez de lait et qu'il faut introduire un biberon complémentaire après la tétée

Que ces pleurs ne doivent pas l'inquiéter, ils diminuent avec des câlins et des paroles douces et rassurantes

Que ces pleurs sont physiologiques, de ne pas hésiter à le mettre au sein autant que possible à cette période, et que cela durera quelques jours

(Cette situation, très fréquente, qualifiée de « poussée de croissance » par les consultantes en lactation, correspond à des périodes où l'appétit du bébé augmente. Pour y remédier, il suffit d'augmenter la fréquence des tétées de façon ponctuelle, en général 48 heures, pour augmenter sa production lactée et l'adapter aux besoins croissants du nourrisson).

La note est sur deux points, plusieurs réponses possibles.

Une bonne réponse : 2 points

Une bonne réponse et une mauvaise : 1 point

Une bonne réponse et deux mauvaises : - 1 point car introduire un biberon compromet l'allaitement.

9) Quand vous notez une stagnation pondérale, quel(s) conseil(s) de surveillance donnez-vous?*

Peser le bébé avant et après chaque tétée au domicile

Peser le bébé quotidiennement au cabinet ou à la PMI

Surveiller les couches (urines, selles) et peser le bébé deux fois par semaine au cabinet ou à la PMI

Noter l'heure et la durée des tétées

La note est sur 2 points, plusieurs réponses possibles.

Une bonne réponse : 2 points

Une bonne réponse et une mauvaise : 1 point

Une mauvaise réponse : 0 point

Une bonne réponse et deux ou plus de deux mauvaises réponses : 0 point

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Sguassero Y. Durée optimale de l'allaitement maternel exclusif : Commentaire de la BSG (dernière révision : 28 mars 2008). *Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS* ; Genève : Organisation mondiale de la Santé. [consulté le 13/03/2014] disponible à partir de l'URL : http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/yscom/fr/
- [2] Didier-Jean Jouveau CS. 5^o Entretiens de nutrition de l'Institut Pasteur de Lille, 13 juin 2003, [consulté le 13/03/2014], disponible à partir de l'URL : <http://www.lllfrance.org/Autres-textes-LLL/Epidemiologie-de-l-allaitement-Allaitement-et-contraception.html>,
- [3] J Labarère, C Dalla-Lana, C Schelstraete, et all. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (France) *Archives de Pédiatrie*, Volume 8, Issue 8, August 2001, Pages 807-815
- [4] B. Branger, L. Dinot-Mariau, N. Lemoine, et all. Les médecins et puéricultrices de la commission « allaitement maternel » du réseau « sécurité naissance – naître ensemble » des Pays de la Loire. Durée d'allaitement maternel et facteurs de risques d'arrêt d'allaitement : évaluation dans 15 maternités du Réseau de santé en périnatalité des Pays de la Loire. *Archives de Pédiatrie*, Volume 19, Issue 11, November 2012, Pages 1164-1176
- [5] B Branger, M Cebron, G Picherot, et al. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Archives de Pédiatrie*, Volume 5, Issue 5, May 1998, Pages 489-496
- [6] A. Guillaumon, B. Trombert-Paviot, J. Vallée, et all. Initiation de l'allaitement maternel et sevrage précoce : étude prospective du réseau périnatalité Loire-Nord Ardèche. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, Volume 41, Issue 6, June 2013, Pages 351-355
- [7] N. Lelong, M.J. Saurel-Cubizolles, M.H. Bouvier-Colle, et all. Durée de l'allaitement maternel en France. *Archives de Pédiatrie*, Volume 7, Issue 5, May 2000, Pages 571-572
- [8] allaitement maternel mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie recommandations. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé MAI 2002, [consulté le 13/03/2014] disponible à partir de l'URL : http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf
- [9] D. Turck^a, M. Vidailhet, A. Bocquet, et all. Breastfeeding: health benefits for child and mother. *Archives de Pédiatrie* Volume 20, Supplement 2, November 2013, Pages S29-S48
- [10] Banque de données médicosociales de l'ONE. Rapport 2004. Bruxelles, 2004. [Consulté le 08/07/2014] Disponible à partir de l'URL :

http://www.one.be/index.php?id=details-air-defamilles&tx_ttnews%5BbackPid%5D=797&tx_ttnews%5Bpointer%5D=3&tx_ttnews%5Btt_news%5D=290&cHash=b63e2381988bd23a6c33a3aa3e0861c1

[11] R.J. Blyth, D.K. Creedy, C.L. Dennis et al. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *J Hum Lact*, 20 (2004), pp. 30–38 ,

[12] H. Kronborg, M. Vaeth. The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scand J Public Health*, 32 (2004), pp. 210–216

[13] J.A. Scott, C.W. Binns, W.H. Oddy, et all. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics*, 117 (2006), pp. e646–e655

[14] E. Peters, K.H. Wehkamp, R.E. Felberbaum, et all. Breastfeeding duration is determined by only a few factors. *Eur J Public Health*, 16 (2006), pp. 162–167

[15] R.A. Lawrence, R.M. Lawrence *Breastfeeding: A guide for the medical profession* (6th Edition) Mosby, St. Louis (2005) 1152p

[16] P.A. Dremsek, H. Göpfrich, H. Kurz, et all. Breast feeding support, incidence of breastfeeding and duration of breast feeding in a Vienna perinatal center. *Wien Med Wochenschr*, 153 (2003), pp. 264–268

[17] E.M. Taveras, R. Li, L. Grummer-Strawn, et al. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics*, 113 (2004), pp. e283–e290

[18] Breastfeeding initiation and duration: A 1990–2000 literature review. *J ObstetGynecol Neonatal Nurs*, 31 (2002), pp. 12–32

[19] J.J. Henderson, S.F. Evans, J.A. Straton, et all. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth*, 30 (2003), pp. 175–180

[20] S.M. Donath, L.H. Amir. Does maternal obesity adversely affect breastfeeding initiation and duration?. *J Paediatr Child Health*, 36 (2000), pp. 482–486

[21] Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF Physiologie de la lactation Date de création du document 01/03/11 [consulté le 20/05/2014] disponible à partie de l'URL :

<http://www.fmp-usmba.ac.ma/umvf/UMVFmiroir/mae/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-lactation.pdf>

[22] V. Rigourd Congrès de la Société Française de Pédiatrie et de l'Association des Pédiatres de Langue Française (APLF). Analyse chimique automatisée du lait maternel. *Archives de Pédiatrie*. Volume 17, Issue 6, June 2010, Pages 772–773

[23] Allaitement et complication. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français [consulté le 03/07/2014] disponible à l'url : <http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item24/site/html/cours.pdf>

[24] L'Alimentation infantile, bases physiologiques, supplément au vol. 67 du Bulletin de l'OMS, 1989.

[25] Laure Marchand-Lucas, "L'insuffisance de la lactation", Les Dossiers de l'obstétrique, n° 169, janvier 1990, pp. 16-17.

[26] Allaitement après chirurgie mammaire : information des patientes Gynécologie Obstétrique & Fertilité Volume 42, Issue 4, April 2014, Pages 205–209

[27] Institut National de Prévention et d'Éducation Pour la Santé. Ministère de la santé et des sports. Le guide de l'allaitement maternel, programme national nutrition santé, état des connaissances octobre 2009 [consulte le 04/07/2014] disponible à l'URL : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1265.pdf>

[28] Guigliani ER. Common problems during lactation and their management, J Pediatr (Rio J) 2004;80 (5 Suppl) : S147-54. Résumé d'article médical [consulté le 09/07/2014], disponible à l'URL : <http://dmg.medecine.univparis7.fr/documents/Cours/Femme/commonpbdur.pdf>

[29] Yael Blumental, Jérémie Belghiti, Marine Driessen. Gynécologie-obstétrique, Collection médecine. Edition estem, Paris 2008, page 30.

[30] Breastfeeding medicine. Volume 4, Number 2, 2009, 111-113. Protocole clinique de l'ABM, engorgement. [Consulté le 09/07/2014] disponible à l'URL : [http://www.lactitude.com/docs/docs/ProtocolesABM/Protocole-ABM-20-Engorgement-\(2009\).pdf](http://www.lactitude.com/docs/docs/ProtocolesABM/Protocole-ABM-20-Engorgement-(2009).pdf)

[31] Protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine. Protocole clinique n°4 – Mastite. ABM Clinical Protocol # 4: Mastitis. Révision Mai 2008. Comité des Protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine [consulte 09/07/2014] disponible à l'URL : <http://www.afrp-asso.fr/medias/files/protocol-abm-4.pdf>

[32] Département de la Santé et du Développement de l'Enfant et de l'Adolescent. Organisation Mondiale de la Santé Genève 2004.. Mastite, causes et prise en charge. [Consulté le 09/07/2014] disponible à l'URL : http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_FCH_CAH_00.13_fre.pdf?ua=1

[33] Thomsen AC, Espersen T, Maigaard S. Course and treatment of milk stasis, noninfectious inflammation of the breast, and infectious mastitis in nursing women. Am J ObstetGynecol 1984;149:492–495.

[34] Therapeutic Guidelines: Antibiotic, Therapeutic Guidelines Ltd., North Melbourne, Australia, 2006

[35] Andrews JI, Fleener DK, Messer SA, et all. The yeast connection: is Candida linked to breastfeeding associated pain? Am J Obstet Gynecol. 2007;197 : 424.e1-4.

[36] Mass S. Breast pain : engorgement, nipple pain and mastitis. ClinObstetGynecol2004; 47:

[37] Wiener S Pappas PG, Kauffman CA, Andes. Diagnosis and management of Candida of the nipple and breast. *J Midwifery Womens Health* 2006; 51 : 125-8.72- 676-682.

[38] Hale TW, Bateman TL, Finkelman MA et al.. The absence of *Candida albicans* in milk samples of women with clinical symptoms of ductal candidiasis. *Breastfeed Med* 2009;4: 57-61.

[39] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF.)Item 24 : Allaitement et complications [consulté le 09/07/2014] disponible à l'URL : <http://umvf.univnantes.fr/gynecologieobstetrique/enseignement/item24/site/html/4.html>

[40] Protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel en Europe : un plan d'action Élaboré et rédigé par les participants du projet : Promotion de l'allaitement maternel en Europe (EU Project Contract N. SPC 2002359) Conférence Européenne sur la Promotion de l'allaitement maternel en Europe le 18 juin 2004 au château de Dublin, Irlande

[41] L'allaitement maternel : Guide pratique à l'usage des professionnels de la santé [consulté le 10/07/2014] disponible à l'URL : http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/Guide_allaitement.pdf

[42] Le guide nutrition de la naissance à 3 ans, la santé vient en mangeant. Programme national nutrition santé, septembre 2004. [Consulté le 10/07/2014] disponible à l'URL : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/890.pdf>

[43] GCS ESanté Poitou-Charentes. Réseau Périnatal Poitou-Charentes. Un couple, Un enfant, Des parents [Consulté le 10/07/2014] disponible à l'URL : https://reseau-perinatal.esante-poitou-charentes.fr/?sit_id=4

[44] WHO/CHD/98.9 DISTR. : GENERALE ORIGINAL : ANGLAIS Données scientifiques relatives aux Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement DEPARTEMENT SANTE ET DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT Organisation mondiale de la Santé, Genève 1999 [consulté le 22/07/2014] disponible à l'URL : http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_fre.pdf

[45] rapport du Pr Turk juin 2010 Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel « Plan d'action : Allaitement maternel »

[46] Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés Mars 2014

[47] Conseil général de la Vienne, Schéma de la petite enfance 2010-2014, consulté le 15/08/2014 disponible à l'URL : http://www.prospecweb.net/IMG/pdf/Schema_de_la_petite_enfance_2010_2014_Vienne.pdf

[48] Vuylsteker L. Prise en charge des complications maternelles de l'allaitement par les médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais en 2009. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine présentée et soutenue publiquement le 13 octobre 2010

université du droit et de la sante – Lille 2 faculté de médecine Henri Warembourg 157 pages

[49] Bodin-Carduner A. Prise en charge de l'initiation de l'allaitement maternel en médecine générale étude de pratique 2009 Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine présentée et soutenue publiquement en 2009 université Paris-sud. Faculté de médecine de kremlin –Bicêtre. 92 pages

[50] X. Deffieux, E. Faivre, R. Frydman, et all. Université Paris-Sud, UMR-S0782, 92140 Clamart, France Enseigner la relation médecin-malade en gynécologie obstétrique par des séances de jeu de rôle Teaching physician-patient relationship using role-play in obstetrics and gynecology Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Volume 37, Issue 3, May 2008, Pages 291-298

[51] Ordre national des médecins conseil nationale de l'ordre des médecins, Dr Rault, Jean-François, la démographie médicale en région Poitou Charentes, situation en 2013, consulté le 16/08/2014 disponible à partir de l'URL: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/poitou_charentes_2013.pdf

[52] P. DURIEUX, D. JOLLY et al., Comment influencer sur les pratiques professionnelles des médecins ? Synthèse des recommandations réalisées dans le cadre d'une convention entre le Ministère du Travail et des Affaires Sociales et l'Institut d'Études des Politiques de Santé, mars 1998

[53] CHANTILLON P., JONES R. Does continuing medical education in general practice make a difference? BMJ 1999 ; 318 : 1276-1279

[54] DAVIS D. et al., Impact of Formal Continuing Medical Education. Do Conferences, Workshops, Rounds, and Other Traditional Continuing Education Activities Change Physician Behavior or Health Care Outcomes ? JAMA, 1999, 282 : 867-874

[55] DIU de Gynécologie obstétrique pour le médecin généraliste Poitiers-Tours [consulté le 27/08/2014] disponible à partir de l'URL: <http://medphar.univ-poitiers.fr/formation/du-et-diu/>

Image 1

Procréation, lactation, tétés [consulté le 21/07/2014] disponible à partir de l'URL : <http://imagesbiogeolfxm.free.fr/reproduction/original/LACTATION-TETEE.html>

Image 2

Mamelon irrité, Lactitude, 2005-2014 [consulté le 21/07/2014] disponible à partir de l'URL : http://www.lactitude.com/text/Actu_1111.html

Image 3

Allaitement et muguet [consulté le 21/07/2014] disponible à partir de l'URL : <http://www.hellocoton.fr/allaitement-et-muguet-6417320>

Image 4

Mastite, PDG santé, [consulte le 21/07/2014] disponible à partir de l'URL : <http://pdg.vitaba.com/mammite-infection-du-sein>

Image 5

Made in bebe, tire-lait [consulté le 21/07/2014] disponible à partir de l'URL : <http://www.madeinbebe.com//boutique/fr/tire-lait-isis-iq-uno-avent-philips-569/a569>

Image 6

La chirurgie gynécologique et mammaire de Charentes [consulté le 21/07/2014] disponible à partir de l'URL : <http://www.chirurgie-gynecologie.fr/page-chir-sein/abces-sein.html>

RESUME

Evaluation of general practitioners' practices and knowledge in the Vienne department (France) regarding the management of breastfeeding complications.

Since the new recommendations regarding early discharge of maternity offer the young mothers the possibility to come back home sooner, the general practitioners (GPs) will have to manage breastfeeding mothers more often. We performed an observational descriptive study using an electronic questionnaire sent to the GPs in the department of Vienne (France).

We obtained 62 valid answers, i.e. a participation rate of 15%. The answers were rated, and we performed a linear statistical analysis. In the univariate analysis, the age and the follow-up frequency for breastfed newborns have a significant impact on the results with a better score in GPs between 30 and 40 years old and GPs who followed up more than 5 newborns per month. Almost half of the interviewed GPs gave at least one answer putting breastfeeding at risk ($p > 0.001$).

In the multivariate analysis, the age ($p < 0.01$), the training ($p < 0.05$), and the presence of at least one "at risk" answer ($p < 0.001$) describe the knowledge level of healthcare professionals.

Young GPs who attended a continuous medical training are the best trained professionals regarding the management of breastfeeding complications.

It is necessary to develop training sessions for GPs in Vienne in order to improve their skills during this very singular relationship with breastfeeding women.

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RÉSUMÉ

Alors que les nouvelles recommandations concernant les sorties précoces de la maternité donnent la possibilité aux mères de rentrer à domicile plus rapidement, les médecins généralistes vont être amenés à prendre en charge les mères au cours de leur allaitement plus fréquemment.

Le but de cette étude était d'évaluer les connaissances et pratiques des médecins généralistes de la Vienne concernant la prise en charge des complications de l'allaitement maternel.

Nous avons réalisé une étude descriptive observationnelle via un questionnaire électronique adressé aux médecins généralistes de la Vienne.

Nous avons obtenu 62 réponses valides, soit une participation de 15 %. Nous avons attribué des notes selon les réponses données, puis nous avons effectué une analyse statistique linéaire. Dans l'analyse univariée, l'âge et la fréquence de suivi des nourrissons allaités ont une influence significative sur les résultats avec une meilleure note chez les 30/40 ans et les médecins suivant plus de 5 nourrissons par mois. Près de la moitié des médecins interrogés a donné au moins une réponse mettant en danger l'allaitement ($p < 0,001$).

Dans l'analyse multivariée, l'âge ($p < 0,01$), la formation suivie ($p < 0,05$), et la présence d'au moins une réponse à risque ($p < 0,001$) décrivent le niveau de connaissance des professionnels de santé.

Les jeunes médecins ayant suivi une FMC sont les professionnels les mieux formés concernant la prise en charge des complications de l'allaitement maternel.

Il paraît souhaitable de développer les formations auprès des médecins généralistes de la Vienne afin d'améliorer leurs compétences au cours de cette relation si singulière de la femme allaitante.

Thèse de médecine générale

Faculté de médecine de Poitiers

MOTS CLES : allaitement maternel, complications, médecins généralistes, formation

